

**В.І. Шевчук, Н.М. Беляєва, О.Б. Яворовенко**

# **МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ІНВАЛІДІВ ЗА РУБЕЖЕМ**



**Вінниця 2014**

**В.І. Шевчук,  
Н.М. Беляєва,  
О.Б. Яворовенко**

**МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ІНВАЛІДІВ  
ЗА РУБЕЖЕМ**

**Вінниця 2014**

УДК 616-084-036.86 (4/9)

ББК 51.1(4УКР)2

Ш 37

Рецензенти: академік АМН України, професор В.М. Коваленко  
Заслужений діяч науки і техніки України, професор І.С. Зозуля

**В.І. Шевчук, Н.М. Беляєва, О.Б. Яворовенко**  
Ш 37 **Медична реабілітація інвалідів за рубежом. Посібник.** –  
Вінниця:  
ФОП ФОП Рогальська І.О., 2014. – 96 с.  
**ISBN 987-617-7171-08-8**

В монографії розглянуті питання організації реабілітації в провідних країнах світу (Німеччина, Франція, Швейцарія, Нідерланди, Великобританія, Швеція, США, Фінляндія та ін.). Представлені організаційно-правові засади медичної реабілітації, визначення та концепція реабілітації, порядок її призначення, структури реабілітації, контроль якості, джерела фінансування. Проведено порівняння системи медичної реабілітації в Україні з розвинутими країнами. Висвітлені напрямки й проблеми впровадження системи реабілітації в нашій державі.

Монографія призначена для фахівців ЛПЗ, служби медико-соціальної експертизи і реабілітації, соціального захисту населення, центрів зайнятості, слухачів факультетів підготовки лікарів.

УДК 616-084-036.86 (4/9)  
ББК 51.1(4УКР)2

**ISBN 987-617-7171-08-8**

© Шевчук В.І., Беляєва Н.М.,  
Яворовенко О.Б., 2014

## З М І С Т

	Стор.
Перелік умовних скорочень.....	5
<b>ВСТУП</b> .....	6
<b>Розділ 1. ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В ПРОВІДНИХ КРАЇНАХ СВІТУ</b> .....	7
<b>1. Організаційно-правові засади медичної реабілітації у Німеччині</b> .....	10
1.1. Історичні та правові основи медичної реабілітації.....	10
1.2. Визначення та концепція реабілітації.....	11
1.3. Порядок призначення медичної реабілітації.....	12
1.4. Структури медичної реабілітації.....	12
1.5. Контроль якості .....	17
1.6. Фінансування.....	17
<b>2. Організаційно-правові засади медичної реабілітації у Франції</b> .....	19
2.1. Історичні та правові основи медичної реабілітації.....	19
2.2. Визначення та концепція реабілітації.....	19
2.3. Порядок призначення медичної реабілітації.....	20
2.4. Структури медичної реабілітації.....	20
2.5. Контроль якості .....	23
2.6. Фінансування.....	24
<b>3. Організаційно-правові засади медичної реабілітації в Швейцарії</b> .....	25
3.1. Історичні та правові основи медичної реабілітації.....	25
3.2. Визначення та концепція реабілітації.....	25
3.3. Порядок призначення та послуги медичної реабілітації.....	26
3.4. Структури медичної реабілітації.....	27
3.5. Контроль якості .....	28
3.6. Фінансування.....	29
<b>4. Організаційно-правові засади медичної реабілітації в Нідерландах</b> .....	31
4.1. Історичні та правові основи медичної реабілітації.....	31
4.2. Концепція медичної реабілітації.....	31
4.3. Порядок призначення медичної реабілітації.....	32
4.4. Структури медичної реабілітації.....	32
4.5. Контроль якості .....	33
4.6. Фінансування.....	34
<b>5. Організаційно-правові засади медичної реабілітації в Іспанії</b> .....	36
5.1. Історичні та правові основи медичної реабілітації.....	36
5.2. Визначення, концепція та особливості медичної реабілітації.....	36
5.3. Структури медичної реабілітації.....	37
5.4. Контроль якості .....	38
5.5. Фінансування.....	38
<b>6. Організаційно-правові засади медичної реабілітації у Великобританії</b> ...	40
6.1. Історичні та правові основи медичної реабілітації.....	40
6.2. Концепція та особливості медичної реабілітації.....	41
6.3. Структури медичної реабілітації.....	42
6.4. Контроль якості .....	44
6.5. Фінансування.....	44
<b>7. Організаційно-правові засади медичної реабілітації в Швеції</b> .....	46
7.1. Історичні та правові основи медичної реабілітації.....	46
7.2. Визначення, концепція та особливості медичної реабілітації.....	46
7.3. Організація медичної реабілітації.....	48
7.4. Структури медичної реабілітації.....	49
7.5. Контроль якості .....	51

7.6.	Фінансування.....	51
<b>8.</b>	<b>Організаційно-правові засади медичної реабілітації в США.....</b>	<b>53</b>
8.1.	Історичні передумови реабілітації.....	53
8.2.	Особливості системи медичної реабілітації.....	53
8.3.	Структури медичної реабілітації.....	54
8.4.	Контроль якості .....	56
8.5.	Фінансування.....	56
<b>9.</b>	<b>Організаційно-правові засади медичної реабілітації у Фінляндії.....</b>	<b>59</b>
9.1.	Історичні та правові основи медичної реабілітації.....	59
9.2.	Визначення та концепція реабілітації.....	59
9.3.	Порядок призначення медичної реабілітації.....	60
9.4.	Структури медичної реабілітації.....	61
9.5.	Контроль якості.....	64
9.6.	Фінансування.....	64
<b>10.</b>	<b>Організація системи медичної реабілітації в інших країнах світу.....</b>	<b>66</b>
<b>Розділ 2. ПОРІВНЯННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УКРАЇНИ ТА ПРОВІДНИХ КРАЇН СВІТУ. МОЖЛИВІСТЬ ТА ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ МІЖНАРОДНОГО ДОСВІДУ.....</b>		<b>83</b>
<b>ЗАКЛЮЧЕННЯ.....</b>		<b>88</b>
<b>ЛІТЕРАТУРА.....</b>		<b>89</b>

## Перелік умовних скорочень

- ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я  
ДОС – державне обов'язкове страхування  
ДМС – державне медичне страхування  
ДЦП – дитячий церебральний параліч  
ЄС – Європейський Союз  
ЛФК – лікувальна фізична культура  
МКФ – Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я  
МО – медичні об'єднання  
МСЕ – медико-соціальна експертиза  
ОДМС – обов'язкове державне медичне страхування  
ОРА – опорно-руховий апарат  
ЦПМ – центри первинної медицини  
ЦР – центри реабілітації  
ІПР – індивідуальна програма реабілітації  
ЧМТ – черепно-мозкова травма

## ВСТУП

В кінці XIX століття період бурхливої індустріалізації Європи був відзначений основними структурними змінами, причиною яких стало усвідомлення необхідності введення державних структур соціального захисту.

За визначенням ВООЗ, *реабілітація* – це комбіноване та координоване застосування соціальних, медичних, педагогічних і професійних заходів з метою підготовки та перепідготовки індивідуума для досягнення оптимальної його працездатності.

Загальне уявлення про спрямування вибору контингентів хворих, які потребують реабілітації, дано в доповіді Комітету експертів ВООЗ з попередження інвалідності (ВООЗ, Женева, 1983 р.). Комітетом представлена традиційна модель хвороби (етіологія – патологія – прояв) і класифікація наслідків захворювання (порушення функції – інвалідність – фізичні та інші дефекти), на ліквідацію (або зменшення впливу) яких мають бути спрямовані зусилля реабілітації.

Таким чином, загальновизнаною точкою дотику реабілітації є не прояви захворювань, а їх наслідки. Корекція в цю позицію може бути внесена лише з урахуванням науково підтвердженої високої питомої ваги функціональних порушень всередині окремих нозологічних форм захворювань і травм, що визначає початок реабілітації для деяких груп хворих ще в період прояву хвороби.

З позицій викладеного, термін «реабілітація» правомочний в тих випадках, коли точкою дотику є тяжкохворі та інваліди, а досягнутий ефект передбачає відновлення (повне або часткове, опосередковано через медичну реабілітацію або із прямим використанням її сил і засобів) всіх трьох компонентів реабілітації (медичного, професійного і соціального), для чого потрібні зусилля фахівців різних профілів.

В останні десятиліття у багатьох країнах світу розвивається *система медичної реабілітації*, спрямована на відновлення здоров'я, ліквідацію або зменшення обмежень життєдіяльності (спілкування, навчання, пересування, участі у трудовій діяльності та ін.) і максимальну інтеграцію або реінтеграцію громадян у суспільство.

Нами були досліджені ці питання і результати пропонуємо для розгляду.

Досвід зарубіжної реабілітології, висвітлені в монографії особливості організації системи медичної реабілітації країн світу зможуть викликати інтерес і бути врахованими вітчизняними фахівцями в області реабілітології та організації охорони здоров'я.

## Розділ 1.

### ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В ПРОВІДНИХ КРАЇНАХ СВІТУ

Кожна країна в організації медико-соціальної реабілітації орієнтується, перш за все, на свої національні особливості. Слід зазначити декілька загальних особливостей, притаманних організації медичної реабілітації за кордоном:

#### 1. Формами, які розповсюджені в провідних країнах світу є:

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

1. Спеціалізація центрів – проводиться в залежності від етапу реабілітації. Існують реабілітаційні центри 2-х рівнів:

- **центр I етапу** – представляє практично реабілітаційну клініку, куди госпіталізуються хворі в підгострому стані, і де переважає, в основному, медична реабілітація. Проте водночас тут наявні майстерні,



зали для навчання роботі на комп'ютерах, кухні, де хворі отримують елементи соціально-побутової і професійної реабілітації;

- **центри 2 етапу** – тут проводиться широка програма по відновленню професійних здібностей інваліда, його навчання і перенавчання, здобуття нової професії і працевлаштування. Медична реабілітація представлена потужним комплексом служб, особливо фізичної, соціально-побутової і рекреаційної терапії, а також реабілітаційно-інженерною службою.

Різні типи центрів професійної реабілітації містять однакові відділи з реабілітації (медичний, психологічний, соціальний, професійний), але *об'єм медичної реабілітації* в залежності від об'єму і змісту їх діяльності різний: у *1 типі* закладів (центр професійної реабілітації на базі спеціалізованих майстерень для осіб, які не можуть бути конкурентоздатними на ринку праці) – він невеликий; у *2 типі* (центр медичної і професійної реабілітації для осіб, які після реабілітації повернуться до своєї професії) – він великий, в повному обсязі здійснюється відновлювальне лікування; у *3 типі* (центр професійної реабілітації молоді для конкурентоздатних осіб у віці до 18 років) – він невеликий, акцент робиться на профілактику обважчення хвороби; *4 тип* (центр професійної реабілітації для конкурентоздатних осіб у віці від 19 до 50 років) – він великий, тому що необхідним є відновлювальне лікування хронічних хворих.

## **2. Етапність медичної реабілітації здійснюється наступним чином:**

1) первинна діагностика – спеціалізоване обстеження – інтенсивна терапія – долікування і медична реабілітація – реадaptaція і соціально-медичний патронаж;

2) 3-х-етапна програма реабілітації після інфаркту міокарда: лікарня – санаторій – амбулаторія.

**2. Процес реабілітації починається відразу ж з моменту настання захворювання.**

**3. Кадровий склад фахівців, що здійснюють медичну реабілітацію.**

Є спеціальні *мультидисциплінарні бригади («rehabilitation teams»)*, які займаються цим завданням в комплексі. До їх складу входять: лікар-фахівець даного профілю (наприклад, невролог); лікар-фахівець в області реабілітації (реабілітолог, фізіотерапевт, лікар ЛФК); фахівець з працетерапії (ерготерапевт); фахівець з професійної орієнтації (окупаціональний терапевт); логотерапевт (логопед); психолог; спеціальний педагог; соціальний працівник (соціолог); фахівець з комунікації; протезист; дієтолог; юрист; мед. сестра; сестра-менеджер. Соціальні працівники визначають обсяг порушень і потребу у спеціалізованих пристосуваннях, видах допомоги в домашніх і сімейних

умовах кожного хворого індивідуально. Склад реабілітаційного колективу відрізняється в залежності від потужності установи: у невеликих установах – фахівець з реабілітації, фізіотерапевт; у великих – фахівці, необхідні для здійснення всіх аспектів комплексної реабілітації.

#### **4. Послуги з реабілітації включають:**

- 1) реабілітаційне оцінювання і планування реабілітації;
- 2) контроль і оцінка результативності виконання особистого реабілітаційного плану;
- 3) послуги лікарів-фахівців;
- 4) терапія зайнятістю і творчістю;
- 5) сестринський догляд.

#### **5. Оцінка ефективності реабілітації здійснюється переважно за шкалами спеціальних опитувальників.**

В них акцент робиться не на кількісні фізичні параметри систем організму, які зазвичай визначаються при інструментальних та лабораторних обстеженнях, а на якісну оцінку життєдіяльності хворого, отриману в результаті його самозвіту або звіту обслуговуючого персоналу. В деяких країнах навіть при повторних переоглядах інвалідів зазвичай застосовують опитувальні листи, які надсилають поштою, що спрощує систему переогляду.

Максимально активний період медичної реабілітації пацієнта повинен вестися до моменту встановлення йому групи інвалідності. Потім медики, навіть, якщо і не в змозі повністю повернути людині здоров'я, повинні забезпечити гідне підтримуюче лікування, підготувати умови для проведення наступного етапу реабілітації, тобто забезпечити *соціальну реабілітацію* людини або *соціалізацію*. Адже медичну реабілітацію як один із заходів реабілітації інваліда взагалі, окрім лікарів, ніхто не забезпечить.

#### **6. Розвинутою є система геріатричної реабілітації.**

#### **7. Широко застосовується модель організації реабілітаційного процесу на периферії.**

Для цього ВООЗ запропонована модель *«реабілітація, що підтримується суспільством»* (*«community-based-rehabilitation»*), яка забезпечує взаємозв'язок інваліда та його родини з працівниками охорони здоров'я та соціальної допомоги. Громадськість, соціальне середовище повинні бути задіяні в реабілітації, особливо хворих з хронічними захворюваннями. При цьому особлива увага повинна приділятися соціально-побутовій активності пацієнта, посиленню його особистої відповідальності за власне здоров'я.

Тепер розглянемо організаційно-правові засади медичної реабілітації в деяких провідних країнах світу.

# 1. ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У НІМЕЧЧИНІ

Німеччина є одним з піонерів у створенні загальнодержавної системи реабілітації, де ця служба почала функціонувати ще в кінці XIX ст. В даний час накопичений великий досвід у цій сфері, і можна констатувати, що багато аспектів медичної реабілітації досить добре відрегульовані: існує певна технологія відбору на реабілітацію та її проведення, система оплати за надані реабілітаційні послуги тощо. Система медичної реабілітації Німеччини за своїм охопленням і диференційованістю по праву може вважатися основою європейського стандарту.

## 1.1. Історичні та правові основи медичної реабілітації

До Основного Закону ФРН в 1994 р. була внесена поправка наступного змісту: *«Ніхто не повинен утискатися через свої недоліки (розумові або фізичні)»*. Вона надає всім громадянам *«право на реабілітацію та інтеграцію в нормальне життя»* і зобов'язує законодавчу, виконавчу владу та судові органи як на федеральному рівні, так і на рівні земель та громад, а також інші заклади та організації громадської влади використовувати всі можливості для введення інвалідів всіх груп *«наскільки це можливо»*, в нормальне життя. В цивільному праві передбачена заборона нанесення шкоди інвалідам при відносинах між приватними особами. Проте, в Конституції Німеччини немає вимоги надавати переваги або сприяти інвалідам для встановлення однакових умов життя як надання однакових шансів.

Існує звід норм та правил, метою якого є інтеграція в життя суспільства інвалідів та осіб, яким загрожує інвалідність. В ньому підкреслено, що понятійне виділення інвалідності не повинно сприяти ідеологічній або соціальній дискримінації інвалідів, воно лише покликано підкреслити індивідуальність їх проблем та шансів.

Питання соціального захисту інвалідів регулюються законами: Закон від 1971 р. (представляє усім громадянам право на реабілітацію та інтеграцію у нормальне життя); «Про інвалідів» (1974); «Про одноманітність заходів по реабілітації» (1974); «Про сприяння інвалідам в користуванні суспільним транспортом» (1979); «Про боротьбу з безробіттям серед інвалідів» (2000); «Про працю осіб із обмеженою фізичною спроможністю», «Про сприяння при працевлаштуванні», «Про вирівнювання послуг по реабілітації», «Про соціальну допомогу», «Про важких інвалідів», Федеральною Програмою зайнятості осіб з важким ступенем інвалідності, Кодексом соціального законодавства. У зазначених актах містяться юридичні норми, що стосуються питань забезпечення прав і реабілітації інвалідів, у т.ч. гарантій їх виборчого права, навчання, освіти, користування суспільним транспортом, спеціального устаткування робочих місць, поліпшення їх становища на ринку праці, зниження безробіття цієї категорії населення.

## 1.2. Визначення та концепція реабілітації

Ідеологія реабілітації в Німеччині будується згідно з Міжнародною класифікацією функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ), яка застосовується і в Україні.

Безумовно, підходи до визначення поняття «інвалідність» у Німеччині та Україні різні. У Німеччині люди, які страждають хронічними захворюваннями більше 6 місяців, вже вважаються інвалідами, тому в цій країні, за даними ВООЗ, 11-12% населення – інваліди. Однак слід враховувати, що поняття «інвалідність» як таке відсутнє. Ці люди називаються «неповносправними громадянами» – *behinderter Menschen* (*das Neunte Buch des Sozialgesetzbuches*, 2011).

Крім того, поряд з терміном «фізіотерапевтичні процедури» (*physiotherapeutische Maßnahmen*), використовується поняття *ergotherapeutischen Maßnahmen* – ерготерапевтичні заходи.

В Німеччині багато неповносправних громадян, які потребують реабілітації. Якщо хвороба створює значні обмеження життєдіяльності людини, їй надаються пільги на проїзд, вона захищена від звільнення з роботи тощо. Якщо людина втрачає можливість працювати за професією, її навчають новій, більш високій за кваліфікацією, спеціальності.

*Основне завдання реабілітації* – відновлення або поліпшення функціональних можливостей на рівні активності та участі в житті суспільства. Це означає, що цілі реабілітації виходять за рамки суто медичних заходів.

Згідно з *Кодексом соціального законодавства*, особлива увага з боку держави надається реабілітації інвалідів і заходам раннього виявлення хвороби з використанням всіх доступних засобів для максимально можливого залучення їх в повноцінне життя суспільства, усунення або зменшення наслідків захворювання.

На *початковому етапі* реабілітації інвалідам, як правило, надаються *послуги медичного характеру*: застосовується лікувальна гімнастика і спорт, масаж, особлива терапія з урахуванням характеру інвалідності.

Активно розробляються проблеми реабілітації хворих і інвалідів літнього віку, створені оптимальні функціонуючі структури *геріатричної реабілітації*, яку можна визначити як комплекс фізіотерапевтичних, санітарно-освітніх заходів, групової психотерапії, власне заходів реабілітації, соціального консультування для осіб похилого віку.

У *концепції медичного обслуговування* викладені показання до проведення реабілітації, і в залежності від клініко-функціонального діагнозу та ступеня вираженості обмежень життєдіяльності визначається тривалість перебування пацієнта в реабілітаційному центрі.

### 1.3. Порядок призначення медичної реабілітації

Сторонами, що здійснюють реабілітацію *дорослих*, є лікарі (сімейні), лікарняні каси, реабілітаційні центри. Вони визначають, який обсяг медичної допомоги для конкретного пацієнта відповідає меті, що потрібно досягти, і наскільки це реально. При цьому методи реабілітації в усіх центрах повинні бути приблизно однаковими.

Для *дитячого населення* необхідність проведення реабілітації тій чи іншій дитині визначають вихователі дитячого саду, шкільний чи сімейний лікар.

Збір та обробка заяв на медичну реабілітацію проводиться організовано. Після встановлення діагнозу і підтвердження потреби в реабілітації лікуючий (домашній) лікар робить заявку, в якій дається обґрунтування *амбулаторної* або *стаціонарної* форми її проведення. Заявка подається на затвердження в лікарняні каси, які здійснюють фінансування реабілітації, або інші фінансуючі організації, приватні страхові компанії. Іноді для підтвердження медичної заявки на проведення реабілітації необхідно отримати додатковий висновок медичних експертів. Якщо заявка оформлена правильно, дається згода сторони, що фінансує, і спонсор визначає, в яку реабілітаційну установу має потрапити хворий. У пацієнта (або у батьків дитини) є право вибору реабілітаційного центру, проте воно враховується не завжди, особливо коли вартість реабілітації в центрі занадто висока (в середньому 1 день перебування в онкологічному реабілітаційному центрі коштує 220 євро, 1 день стаціонарної реабілітації в дитячому реабілітаційному центрі – 110 євро). Пацієнт не платить нічого, крім цього, оплачуються витрати і на супроводжуючу особу.

*Амбулаторний варіант* реабілітації застосовується для людей, які проживають далеко від реабілітаційних центрів, що розташовані, як правило, в невеликих містах або на околицях великих міст, тому що займають великі площі (в середньому 8 га).

Діти дошкільного віку проходять курс реабілітації з батьками. Іноді батьки супроводжують і дітей-школярів, якщо у дитини є важкі наслідки захворювання і проведення реабілітації без присутності батьків неможливо.

### 1.4. Структури медичної реабілітації

Реабілітація здійснюється в *стаціонарних* і *амбулаторних* медичних установах і так званих *денних клініках*. До стаціонарних установ відносяться *реабілітаційні центри, реабілітаційні відділення, відділення великих лікарень, санаторно-курортні організації*. При цьому перевага надається, по можливості, амбулаторному способу лікування.

***Реабілітаційні центри для дорослих*** призначені для реабілітації хворих з наслідками травм, захворюваннями шлунково-кишкового тракту, онкологічними захворюваннями, психосоматичними розладами тощо.

Спеціалізація реабілітаційних центрів проводиться в залежності від етапу реабілітації. В реконвалесцентному і постконвалесцентному періодах у відповідності зі стадією захворювання (підгостра чи хронічна) виявляється переважання об'єму медичної чи професійної реабілітації в центрі. В силу цього існують реабілітаційні центри 2-х рівнів.

Реабілітаційний центр *першого етапу* практично являє собою *реабілітаційну клініку*, куди госпіталізуються хворі в підгострому стані, і де переважає, в основному, медична реабілітація. Одночасно з медичною реабілітацією існують майстерні, зали для навчання роботі на комп'ютерах, кухні, де хворі отримують елементи соціально-побутової і професійної реабілітації. Центри першого етапу, в основному, являються *спеціалізованими* за профілем *медичної реабілітації*: ортопедичні, неврологічні та ін.

В реабілітаційних центрах *другого етапу* проводиться широка програма по відновленню професійних здібностей інваліда, його навчання і перенавчання, здобуття нової професії і працевлаштування. Медична реабілітація представлена потужним комплексом служб, в особливості фізичної, соціально-побутової і рекреаційної терапії, а також реабілітаційно-інженерною службою. До центрів другого етапу зазвичай поступають важкі хворі, що потребують здобуття навичок незалежного життя – хворі з ортопедо-травматологічною патологією, з важкими неврологічними захворюваннями, ЧМТ чи спинномозковою травмою, наслідками інсультів, поліомієліту, після ампутації кінцівок та ін.

В Німеччині існує близько 200 *спеціалізованих медичних центрів*, що займаються реабілітацією таких захворювань, як ревматизм, хвороби серця і судин, діабет тощо, та 19 *спеціальних реабілітаційних центрів* (на 3200 ліжко-місць).

Медичні центри реабілітації організуються за місцем проживання. При проведенні реабілітації використовуються метод опитування та клінічного обстеження, психотерапія, природні фактори, голкорексфлексотерапія, масаж, лікувальна фізкультура, заняття із здорового способу життя. В центрах виготовляються протези, надаються ортопедичні і інші допоміжні засоби.

Варіантами організації центрів реабілітації є центри, що здійснюють *тільки медичну* або *тільки професійну реабілітацію*, а також суміщають обидва види реабілітації.

**Центр комплексної медичної і соціальної реабілітації у м. Фольмарштайн** є найбільшою лікувально-санаторною установою по наданню допомоги інвалідам. В центрі проводиться реабілітація інвалідів із спастичними, в'ялими паралічами, дефектами опорно-рухового апарату, втратою зору і слуху. В його складі є ортопедична клініка (на 350 ліжок), відділ професійного навчання, спецшколи і санаторне відділення. Клініка фінансується із коштів держбюджету на охорону здоров'я. Тут здійснюються

оперативні втручання, є відділення фізіотерапії, гідротерапії, ЛФК. Після оперативної корекції і відновного лікування хворі переводяться у відділ профнавчання.

Медична служба **Центру реабілітації в Гейдельберзі** здійснює реабілітацію хворих на туберкульоз, із серцево-судинними захворюваннями, з гіперкінезами, працює під керівництвом медичної ради і фінансується державою з фондів соціального забезпечення. Вона має тісний контакт з ортопедичною клінікою Гейдельберзького університету, де є протезна майстерня для протезування учнів центру. Первинне протезування починається вже через 6 тижнів після ампутації. Відновне лікування проводиться в медичній частині центру і включає фізіотерапію, бальнеотерапію і масаж.

**Відновний центр у Франкфурті-на-Майні** має ортопедичну клініку на 1200 ліжок з операційним блоком і рентгенівським відділенням, фізіотерапевтичним відділенням, що включає гідротерапію і масаж, відділенням ЛФК, а також відділенням працетерапії.

Реабілітація в центрах, як правило, триває від 4 до 6 тижнів. При цьому лікарняні каси намагаються затвердити заявку строком на 4 тижні, а лікарі прописують більш тривалий курс, для призначення якої вимагається переконливе обґрунтування. Досягнення домовленості щодо термінів стаціонарної реабілітації можливо і без додаткових адміністративних процедур.

Крім реабілітаційних центрів існують лікарні, які працюють як *реабілітаційні клініки* і, навпаки, при реабілітаційних клініках є лікарняні відділення. Фахівці пропонують розміщувати реабілітаційні клініки в курортних зонах і перетворювати їх на центри здоров'я.

У **реабілітаційній клініці для онкологічних хворих «Парацельс»** (м. Бад-Гандерштейн) основне завдання реабілітації хворих – дати їм можливість включитися в життя. Підкреслюється, що звичайне лікування та медична реабілітація – це різні, але взаємопов'язані підходи, і чим менше питома вага лікування, тим більше місце повинна займати медична реабілітація.

Дуже важливе значення надається психологічній реабілітації та, зокрема, роботі хворого з психологом, соціологом.

*Примірний штатний розклад «Парацельс-клініки»* передбачає на 100 ліжок: 6 ставок лікарів (гастроентеролог, гінеколог, дерматолог, 3 лікаря-інтерніста); 1,5 ставки психолога; 1 ставка соціального педагога; 8,5 ставки медсестри; 4 ставки масажиста; 3 ставки фахівця ЛФК; 1 ставка фахівця з бальнеолікування; 1 ставка фахівця з творчої діяльності; 1,5 ставки дієтолога. Кількість працівників може коливатися в залежності від завантаження центру.

Однією з найвідоміших реабілітаційних клінік Німеччини є **клініка Макса Грундіга** (*Max Grundig Klinik*) – невелика приватна клініка (на декілька десятків місць), розташована високо в горах. Основу лікувального процесу в ній складає комплексний підхід до проблеми відновлення фізичного і душевного здоров'я, який полягає в послідовному веденні пацієнта в 3-х основних напрямках: *профілактика, первинна терапевтична допомога, реабілітаційно-відновне лікування*. В клініці проходять лікування та реабілітацію переважно люди середнього і старшого віку із поєднаною патологією (деколи – важкою).

**Профіль клініки:**

- *післяопераційне відновне лікування* (після операцій на серці, на легенях, органах черевної порожнини і онкологічних; приблизно 15% хворих);

- *лікування*: серцево-судинних захворювань; ревматичних захворювань (близько 25% пацієнтів клініки, переважно, ревматоїдний артрит); захворювань травного тракту; захворювань імунної системи; гормональних хвороб; хвороб кісток, обміну речовин;

- *психотерапія* (є *психосоматичне відділення*, застосовуються методи: психологічна консультація; бесіди за методиками К. Юнга; гештальт-терапія; арт-терапія; аутотренінг, прогресивне розслаблення м'язів за Якобсоном; супровідне медикаментозне лікування; мотиваційна робота і проведення невідкладних курсів наркологічного лікування; в особливих випадках психосоціальної дезадаптації – *коучінг-тренування*).

- *спортивна медицина*;

- *профілактичні обстеження* — всебічне обстеження по базовій і розширеній програмах. Обстеження можна пройти і амбулаторно, при цьому пацієнт може знаходитися поза клінікою.

Другою відомою реабілітаційною клінікою у Германії є **реабілітаційна клініка Аукамталь**. Вимогами до пацієнтів тут є обов'язкова страховка, приватна страховка.

**Профіль клініки:** 1) лікування кардіологічних захворювань; 2) серцево-судинна хірургія (в т.ч. дитяча кардіохірургія); 3) внутрішня медицина: пульмонологія, ендокринологія, гепатологія, імунологія, ревматологія (в т.ч. дитяча), гастроентерологія, хвороби ШКТ, печінки, нирок); 4) загальна і торакальна хірургія, ендоскопічна хірургія; 5) хірургічна і реабілітаційна ортопедія, ревмоортопедія, травматологія (в т.ч. спортивна, хірургія руки, реконструктивна хірургія); 6) гематологія / онкологія; променева терапія, радіологія; 7) нейрохірургія, нейропедіатрія; 8) лікування ЛОР-органів; 9) щелепно-лицьова хірургія; 10) офтальмологія; 11) урологія, нефрологія; 12) гінекологія та допомога породіллі; 13) дерматологія, алергологія; 14) пластична та естетична хірургія.



**Методи реабілітаційного лікування:** гідро- і бальнеотерапія (в т.ч. лікувальне плавання в басейні з термальною мінеральною водою, ванни, душі, підводний масаж); масажі – класичні та спеціальні (по Марніцу, Шиацу, мануальний лімфодренаж по Фоддеру, масаж сполучних тканин, колономасаж); теплолікування і кріотерапія: аплікації і обгортання, термотерапія, кріо- і льодова терапія, фанго – мінеральні грязі з італійських джерел; лікувальна фізкультура і гімнастика – суха і в басейні з мінеральною водою, розтяжка, дихальна гімнастика, лікувальна гімнастика по Брюгеру, Кіріаксу, мануальна терапія, спортивна фізіотерапія, м'язовий комп'ютерний тренінг; ерготерапія та ергометрія – мотивація і власна активація пацієнта за допомогою індивідуально виготовлених технічних пристосувань, оснащення робочого місця, тренінг з метою реабілітації пацієнта, кінезотерапія (в т.ч. термальна); аерозолі і інгаляції; електро-, світло- та ультразвукова терапія, симультанні методи лікування; дієтотерапія; *кліматотерапія* (гірський клімат Шварцвальда); психологічна консультація і лікування (психологічне тестування, психотерапія, сеанси релаксації із застосуванням аудіо- і відео-програм, сенсорна кімната).

**Діагностичні методи:** коронарна ангіографія, традиційне і цифрове вимірювання хребта, діагностика і лікування захворювань м'язів, відео-моніторинг; діагностика і лікування злоякісних пухлин тощо.

**Оперативне лікування:** ангіопластика (балонування, стентування), імплантація стимуляторів ритму серця і автоматичних дефібріляторів, шунтування, заміна клапанів серця, реконструктивні операції на судинах; артроскопічне втручання, відкрита хірургія суглобів, ендопротезування суглобів, всі хірургічні процедури на хребті; трансплантація кісткового мозку; кохлеарна імплантація; штучне запліднення, лікування безплідності; радіохірургія та брахітерапія тощо.

Розповсюджена також така форма реабілітаційного обслуговування як *денні профілакторії та лікарні* для хворих з хронічними захворюваннями та інвалідів, що не потребують безперервного добового нагляду.

Для **реабілітації дітей** в Німеччині функціонують близько 100 центрів. Дуже велика увага приділяється реабілітації дітей з цукровим діабетом, надмірною вагою, бронхіальною астмою. Слід відзначити високу ефективність функціонуючих *«школ діабету»* і *«астма-школ»*, в яких дітям розповідають про суть і причини захворювання, методи боротьби з ним. Дитина за час перебування в центрі проходить 10 занять по програмі *«школи діабету»*, 6 занять із правильного збалансованого харчування та 4 заняття з психологом. Крім того, дітям рекомендовано проявляти максимальну рухову активність. У багатьох дитячих клініках ліфти відключені і вітається гасло: *«Реабілітація – це не відпочинок»*.

Проживають діти у 4-місних досить великих кімнатах (приблизно по 30-35 м<sup>2</sup>), де є вбудовані індивідуальні шафи, санвузли з умивальником,

душем. Простір між ліжком і підлогою зайнятий спеціальними ящиками для особистих речей.

**Реабілітаційний центр у м. Бад-Крейцнах** обслуговує одночасно 170 пацієнтів. Штат співробітників включає 150 осіб, у т.ч. 6 лікарів і 28 медсестер. Один день перебування в коштує 164 євро. Великі площі відводяться під ігрові кімнати, дитячий театр, артистичну студію та ін. Основна мета перебування в центрі – навчити хвору дитину реабілітаційним методикам, при цьому зовсім не обов'язково прагнути до кардинального щохвилинного поліпшення.

Чимала увага приділяється психологічним проблемам дітей, тому з кожною дитиною працює психолог, складаються програми виховання та зміцнення здоров'я. Одночасно пацієнт продовжує вчитися за загальноосвітньою програмою з педагогами реабілітаційного центру. Один вчитель займається з 7-8 учнями. Кожному учню даються індивідуальні завдання. Таким чином, в класі одночасно займаються діти різного віку (наприклад, 8, 10, 12, 14 років) з різних предметів. Заняття в школі при клініці тривають з 8.30 до 10.00. Потім проводяться реабілітаційні процедури, після обіду – заняття в гуртках за інтересами. По закінченні курсу реабілітації педагог складає звіт про навчання дитини, її успіхи. У свою чергу школа протягом 4-6 місяців повідомляє в реабілітаційну клініку про оцінки учня після проведеної реабілітації і його подальший розвиток.

### **1.5. Контроль якості**

Для визначення ефекту від проведеної реабілітації використовується метод анкетування хворих при виписці з реабілітаційного центру. В даний час формуються стандарти реабілітації для аналізу та гарантії якості проведеного курсу.

### **1.6. Фінансування**

Охорона здоров'я держави ґрунтується на добре структурованій системі медичного страхування, що складається з *державного обов'язкового страхування (ДОС) та приватних страхових фондів*.

Всі існуючі в країні лікарні поділяються на: *громадські* (складають близько 54% всіх лікарняних ліжок), *благодійні* (фінансуються некомерційними організаціями, такими, як Червоний Хрест, або з церковних бюджетів; складають близько 38% ліжок) та *приватні* (невеликі клініки, які діють за принципами комерційних підприємств; складають близько 8% ліжок).

Певний інтерес представляють і шляхи реалізації права на реабілітацію іншою стороною – *лікарняною касою*. Створені *Об'єднання лікарняних кас*.

Система страхування нараховує 70 млн. чоловік (всього у державі проживає 80 млн.), працюють 350 *страхових компаній*. Кожна людина віддає в лікарняну касу приблизно 13,5% зарплати, ще стільки ж вносить

роботодавець. Однак зі зростанням доходів людини підприємству стає не вигідно платити настільки високі внески в лікарняні каси, тому, якщо річний дохід працівника перевищує 40 тис. євро, він повинен додатково страхуватися у *приватних страхових компаніях* або повністю переходити на договір із приватною компанією. Оплата реабілітації пенсіонерів та дітей здійснюється за рахунок лікарняних кас. Договір між центром реабілітації та лікарняною касою укладається на 1 рік.

Промисловою страховою компанією в м. Ганновері значення реабілітації розглядається за двома напрямками. З *одного боку*, метою реабілітації є включення населення у процес виробництва і трудової діяльності, з *іншого* – реабілітація повинна бути спрямована на зменшення наслідків захворювань. У рамках договорів визначається ціна одного дня реабілітації хворого. Договір укладають земельні об'єднання лікарняних кас з клінікою.

## 2. ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ФРАНЦІЇ

### 2.1. Історичні та правові основи медичної реабілітації

Першим законодавчим кроком по соціальному захисту громадян у Франції стало запровадження страхування від нещасних випадків на виробництві та захисту від інвалідності. Високе соціально-політичне значення медична реабілітація отримала в період Першої світової війни, яка спричинила величезну кількість жертв. Стрімко зросла потреба в медичній реабілітації, тому що поранені солдати повинні були в найкоротші терміни повернуті на фронт. Після війни для забезпечення інвалідів, постачання їх протезами було організовано Міністерство ветеранів війни, країні потрібна була робоча сила для відновлення післявоєнного господарства. Ще одним наріжним каменем у становленні реабілітації у Франції стала епідемія поліомієліту в 1950 р. Країні знадобилося організувати реабілітаційну допомогу хворим і забезпечити їх подальше існування в разі тяжких наслідків захворювання. Медична реабілітація оформилася в самостійну галузь медицини. У 1965 р. були вперше сформульовані і представлені громадськості цілі і концепції медичної реабілітації. Основним законодавчим документом медичної реабілітації у Франції є додаток № 22 до Декрету від 09.03.1956 р., який містить детальні директиви щодо структурної та кадрової комплектації реабілітаційного лікувального закладу.

### 2.2. Визначення та концепція реабілітації

Конкретне визначення поняття «реабілітація» міститься в Кодексі суспільної охорони здоров'я: «Відновне лікування або реабілітація – це особливий захід для пацієнтів, які потребують послідовного лікування з метою реінтеграції». У 1991 р. первинне позначення *reeducation* було замінено терміном «*soins de suite ou de readaptation*». Основне термінологічне позначення реабілітації по-французьки відповідає терміну «*soins de sure ou de readaptation*» («відновлювальне лікування або реабілітація»). За змістом і структурою реабілітація у Франції є складовою частиною госпітальної медицини та вважається новою гілкою в розвитку медицини. Медична реабілітація у вузькому сенсі слова позначається як «*reduction et readaptation foctionnelles*». Французька термінологія, з одного боку, не дає чітких критеріїв розмежування медичного забезпечення госпітальної та реабілітаційної ланки, як це існує в Німеччині, з іншого боку, не робиться відмежування і від курортної медицини. Більш того, під реабілітацією розуміють і просто лікувальну гімнастику. До заходів медичної реабілітації відносяться також психологічні, виховні методи і елементи превентивних заходів у формі консультаційної та роз'яснювальної роботи.

На систему реабілітації впливають особливості організації системи охорони здоров'я Франції в цілому, які полягають в широкому впливі держави, відсутності конкуренції між лікарняними касами, загальної обов'язковості соціального страхування, відсутності меж страхових внесків,

застосуванні принципу відшкодування витрат, відсутності обмежень на вартість лікарської допомоги в приватній практиці і високому особистому залученні хворих до оплати лікування.

Особливостями системи медичної реабілітації у Франції можуть вважатися наступні визначальні моменти:

- немає чіткого розмежування госпітального та курортного лікування;
- єдиною фінансуючою структурою є державне медичне страхування;
- медична реабілітація в 90% випадків проводиться в рамках стаціонарного госпітального лікування в період доліковування;
- в цілому значущість медичної реабілітації у Франції невисока.

### **2.3. Порядок призначення медичної реабілітації**

Збір та обробка заяв на медичну реабілітацію, як це організовано в Німеччині, у Франції не проводиться. Виняток становить призначення лікування з реабілітаційного сектора з боку приватнопрактикуючих лікарів. У такому випадку структурам державного медичного страхування подається письмова заявка про його реалізацію, і протягом наступних 10 днів приймається рішення. Якщо протягом цього терміну позитивна або негативна відповідь не отримана, то рішення вважається позитивним, і лікарняна каса пацієнта зобов'язана покрити вартість призначеного лікування. Інший випадок, коли подача письмових заявок обов'язкова, – призначення амбулаторного реабілітаційного лікування клінічними лікарями. Проведення медичної реабілітації на підставі рішення страхових структур, як це робиться в Німеччині, у Франції не передбачено. Особливих передумов для реалізації медичної реабілітації з боку застрахованих немає. 90% усіх проведених реабілітаційних заходів призначаються і проводяться в госпітальних лікувальних закладах. У спеціалізованих центрах реабілітації реалізуються тільки 10% заходів, що призначаються в основному приватнопрактикуючими лікарями.

### **2.4. Структури медичної реабілітації**

Значна частина стаціонарних реабілітаційних заходів проводиться у формі примикаючого відновного лікування на період перебування пацієнта в лікарні. У Франції прийнято поділяти стаціонарне лікування на категорії залежно від тривалості лікування:

- *curteduree*, або короткострокове лікування з приводу гострого стану;
- *moyenne duree*, або лікування середньої тривалості, прирівнюється до реабілітаційного або оздоровчого лікування;
- *longueduree*, або довгострокове лікування в будинках інвалідів.

Реабілітація у Франції іноді ще визначається як «*moyen sejour*», або лікування середньої тривалості.

Близько 40% лікарень мають реабілітаційні відділення. Всього існує до 1600 реабілітаційних відділень лікарень на 92 тис. ліжок, за рік відбувається близько 82 тис. випадків стаціонарного реабілітаційного лікування (для порівняння: у Німеччині на 1400 реабілітаційних клінік і 190 тис. ліжок приходить близько 1,740 млн. випадків реабілітаційного лікування, тобто на 47% більше, ніж у Франції); на 1 тис. жителів припадає 1,6 реабілітаційних ліжок (в Німеччині – 2,3 ліжка, в Австрії – 2,5). 2/3 лікарень Франції належать до бюджетного сектору, інша частина клінік – до приватного сектору, а також громадських комерційних і некомерційних організацій.

Лікарні державного сектору і приватні клініки, які працюють за договорами з державною медичною страховкою, фінансуються з секторальних і регіональних бюджетів, причому кошти розподіляються на підставі регіональних планів охорони здоров'я спеціальними *агентствами* з урахуванням вартості ліжко-дня.

Вартість ліжко-дня у французьких реабілітаційних відділеннях у порівнянні з Німеччиною висока і становить від 168 до 369 євро. При цьому вона варіює в залежності від типу реабілітаційного відділення та виду переважаючого захворювання. Так, у вже згаданому Центрі медичної реабілітації в Рібовіллі для лікування ортопедичних та ревматологічних захворювань вартість ліжко-дня становить 214 євро.

Всього у Франції є близько 380 *спеціалізованих реабілітаційних клінік*, які в основному мають нейрохірургічний, пульмонологічний, кардіологічний профіль, або проводять лікування опікових хворих, хоча реабілітаційне лікування, як правило, малодиференційоване за показаннями, і більшість ліжок призначається для загальної реабілітації.

Більшість *клінік загальної реабілітації* проводить лікування ортопедичних, травматологічних та неврологічних захворювань. Відновлювальне лікування в лікарнях не має відмінностей від реабілітації. Кількість ліжок, що використовуються для медичної реабілітації, в різних регіонах країни сильно варіює – від 170 (на Корсиці) до 876 (в Шампані). Найбільша кількість реабілітаційних ліжок (4500 одиниць) знаходиться в регіоні Рона-Альпи. Загальновизнаним вважається нестача ліжок для проведення ранньої реабілітації у відділеннях лікарень, що характеризує низьку значимість цих заходів.

Середня тривалість лікування у реабілітаційних відділеннях складає 33,5 дня при середній завантаженості ліжка 81,9%. У приватних клініках середня тривалість лікування вища, ніж у державних, і складає відповідно 35,2 і 31,3 дня (середня завантаженість ліжка відповідно 83,6 і 79,2%). Для порівняння: у Німеччині середня тривалість реабілітаційного лікування в цілому складає 26,4 дня, а середня завантаженість реабілітаційного ліжка – 82%.

Штатна комплектація центру або клініки залежить від напрямку їх роботи. Керівником реабілітаційного центру призначається лікар реабілітаційної медицини. У Франції налічується близько 700 лікарів цього профілю. Кількість інструкторів лікувальної гімнастики розраховується зі співвідношення до кількості пацієнтів – приблизно 1 до 10, ерготерапевт – зі співвідношення 1 до 25.

В основній масі вік реабілітантів у Франції перевищує 60 років, і переваги в користуванні пільгами медичної реабілітації мають чоловіки і жінки старше 60 років.

Так, в **Центрі медичної реабілітації в Рібовіллі** (125 спеціалізованих ліжок для лікування ортопедичних, травматологічних та ревматологічних захворювань) із загальної кількості реабілітантів (1130 пацієнтів за рік, з них 41,7% чоловіків і 58,3% жінок) особи старше 60 років складають 70,2%, реабілітанти від 40 до 60 років – 23,4%, а до 40 років – 6,4%.

**Реабілітаційний центр доктора Буайє (Dr. Boyer)** є структурною одиницею медико-хірургічного центру *Val d'Yerres* з розташованою на його території приватною лікарнею і пропонує високопрофесійне комплексне і профілактичне лікування. Центр спеціалізується в наступних галузях: післяопераційна реабілітація та відновлення, геріатрія, здорове харчування.

У центрі працює багатопрофільний медичний лікарський персонал – геріатр, дієтолог і фахівець із здорового харчування, ерготерапевт, фізіотерапевт, логопед. В обов'язковому порядку в штаті співробітників є представник державних соціальних організацій. Молодший і середній медичний персонал клініки підібраний з урахуванням специфіки реабілітаційного центру, тому у всіх є досвід у здійсненні реабілітації та догляду за пацієнтами похилого віку.

Центр одночасно може прийняти 50 пацієнтів. Палатний фонд складається з 8 двомісних палат, 19 одномісних (з окремим санвузлом) палат та 15 одномісних палат з окремим туалетом. У кожній палаті є стаціонарний телефон і телевізор. Родичам і друзям у разі бажання провідати близьких може бути надано окреме ліжко-місце.

При центрі працює кабінет фізіотерапевта, оснащений новітнім обладнанням, (включаючи апарат ерготерапії), оглядовий консультаційний кабінет, а також їдальня. Пацієнти центру мають привілейований доступ до багатьох спеціалізованих лікувальних центрів лікарні *Val d'Yerres*, включаючи:

- офтальмологічний центр: консультація, амбулаторна і лазерна хірургія (використовуються лазери «АРАГОН» , «ЯГ»): діагностика та УЗД, автоматичний апаратний візуальний огляд очей, ручна периметрія за допомогою спеціальних приладів);

- центр, що займається вивченням проблем, пов'язаних з порушенням сну;
- розширений онкологічний центр на 5 місць – для проведення амбулаторної хіміотерапії на чолі з онкологом і фельдшерською командою;
- реабілітаційні відділення різного плану.

## 2.5. Контроль якості

Процес управління якістю в реабілітаційних центрах Франції детально не розроблений, перш за все – в зв'язку із структурною якістю клінік. Так, для допуску реабілітаційного центру до лікування хворих необхідно виконання ряду стандартних вимог структурного характеру (наприклад, обладнання тренувального залу, одного або кількох басейнів, приміщень для бальнеотерапії, фізіотерапії, включаючи місце для петльових столів, апаратів електротерапії, приміщень для ерготерапії, гіпсових кімнат, приміщень для тренажерів, приміщень для мовних тренувань, залів і класів для занять у сфері шкільної, професійної та соціальної реінтеграції, приміщень для вільного часу і розваг), що не завжди дотримується.

В даний час в державі проводиться громадське обговорення значущості медичної реабілітації, при цьому звертається увага на дефіцит фінансування реабілітаційних центрів і клінік. Власники приватних клінік також скаржаться на недостатнє фінансування, яке визначається окружним префектом. Проблема полягає в тому, що при низькому фінансуванні реабілітації згортається лікувальний потенціал, і лікування зводиться до простого догляду без прагнення до реінтеграції реабілітантів. Рентабельність багатьох клінік не гарантована, оскільки структури медичного страхування, що фінансують реабілітацію, планують згортання доплат, що при споконвічно високій оплаті лікування роблять медичну реабілітацію практично недоступною. Причиною планованих скорочень є, окрім дефіциту бюджету, низька якість реабілітаційного лікування. Також об'єктом критики є надмірний державний контроль в охороні здоров'я, який, на думку багатьох експертів, шкодить якості медичного забезпечення. Громадське обговорення, яке стосується майбутнього системи реабілітації у Франції, зачіпає проблеми забезпечення інвалідів та осіб, які потребують постійного догляду. Усі послуги реабілітації, як і медичного забезпечення в цілому, для цієї групи осіб з 1997 р. передані від структур державного медичного страхування до регіональних управлінь (департаментів), які не справляються з покладеними на них обов'язками. Через те, що страхування необхідного догляду за зразком Німеччини у Франції не існує, є проблема забезпечення необхідними засобами осіб, які потребують постійного догляду. Місць в доступних за ціною будинках інвалідів недостатньо. Тому реабілітаційні відділення заповнені хворими цієї групи і не можуть використовуватися за прямим призначенням.



## 2.6. Фінансування

Єдиною фінансуючою структурою медичної реабілітації у Франції є *медичне страхування*. Воно відноситься до системи *загального соціального страхування* і охоплює до 80% населення; інша частина населення включена в численні розрізнені *особливі та автономні системи страхування*. Місячні внески в лікарняні каси складають 13,55% від брутто заробітної плати, причому 12,8% припадає на працівника і 0,75% – на роботодавця. Конкуренції серед лікарняних кас, як в Німеччині, не існує, тому що всі вони відносяться до єдиної *Національної лікарняної каси*, за винятком невеликих лікарняних кас в рамках особливих і автономних систем медичного страхування певних професійних груп. Договірні відносини між лікарняними касами та ринком медичних послуг знаходяться під значним контролем з боку держави. Лікарняним касама визначений перелік обов'язкових медичних послуг, і вони не можуть вільно пропонувати медичні послуги на свій розсуд. Лікарняні каси отримують 2/3 бюджету з Соціального фонду «*contribution sociale generalisee*». Рівень власної фінансової участі пацієнтів в оплаті лікування високий і становить при амбулаторному лікуванні 30%, при стаціонарному – 20% всіх витрат (для порівняння: у Німеччині або Австрії лише 8%).

Існує також мережа приватних медичних страховок, які пропонують додаткове страхування власних доплат за лікування (*mutuelle*). Приблизно 84% французів мають таку додаткову страховку, яка частково фінансує витрати на власні доплати за стаціонарне чи амбулаторне лікування. Однак 16% населення не мають ні додаткового приватного страхування, ні звільнення від власних доплат з причини малих доходів і отримують найчастіше тільки засоби соціальної допомоги (*aidemedicale*). Хронічні хворі можуть бути звільнені від доплат, але тільки при витратах на лікування основного захворювання; лікування ж супутніх захворювань від доплат не звільняється. Звільнені від доплат жертви та інваліди війни, постраждалі при нещасних випадках на виробництві, вагітні, особи, які отримують допомогу по інвалідності або знаходяться в будинках інвалідів, діти з вродженою інвалідністю, а також пацієнти з тривалими хронічними захворюваннями, до яких відноситься, наприклад, розсіяний склероз. Доплати не стягуються за стаціонарне лікування після хірургічних операцій, якщо тривалість перебування в стаціонарі перевищила 30 днів, або воно пов'язане з виробничим травматизмом.

Витрати державного медичного страхування на медичну реабілітацію становлять в рік лише близько 250 млн. євро, що в 5,5 разів менше, ніж, наприклад, у Німеччині.

### **3. ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В ШВЕЙЦАРІЇ**

#### **3.1. Історичні та правові основи медичної реабілітації**

Розвиток медичної реабілітації в Швейцарії проходив під впливом реформ в Німеччині, зокрема, соціальної реформи канцлера Бісмарка.

На сьогодні медична реабілітація обґрунтована трьома законами: Про медичне страхування, Про страхування на випадок інвалідності, Про страхування травматизму.

1. *Закон про медичне страхування* передбачає медичну реабілітацію в рамках стаціонарного медичного забезпечення. Обов'язкове медичне страхування бере на себе оплату послуг медичної реабілітації за наявності лікарського обґрунтування її необхідності. Послуги реабілітації перераховані у затвердженому каталозі. Обсяг медичних послуг узгоджується з пацієнтом; часто реабілітацією позначають лікувальну фізкультуру. Всі громадяни зобов'язані сплачувати щомісячний єдиний страховий податок; роботодавці у фінансуванні не задіяні. Налічується більше 110 лікарняних кас, включаючи приватні. Вибір лікарняної каси добровільний, 2 рази на рік є можливість переходу в іншу лікарняну касу.

2. *Закон про страхування на випадок інвалідності* передбачає фінансування всіх заходів, пов'язаних з професійною реабілітацією та реінтеграцією осіб, працездатність яких внаслідок захворювання тривалий час обмежена. У якості мети проведення медичної реабілітації зазначено досягнення стабільного стану здоров'я реабілітанта. Терміни проведення реабілітаційних заходів встановлюються по закінченні госпітального лікування та при загрозі інвалідизації. Оплата медичних відновлювальних заходів провадиться лише у разі, якщо вимагається невідкладна професійна реінтеграція та обґрунтовано застосування заходів у зв'язку із загрозою тривалої непрацездатності. Заходи з реінтеграції осіб із загрозою інвалідності носять медичний і професійний характер.

3. *Закон про страхування травматизму* встановлює право на цільове лікування постраждалих в результаті нещасних випадків, що включає заходи медичної реабілітації. Саме поняття «реабілітація» в цьому законі не використовується, але згадується застосування можливостей курортології та курортних установ. Застосування цього закону обґрунтовано при лікуванні випадків травматизму, при цьому не робиться розходження між виробничим і невиробничим травматизмом, що має місце в Німеччині. Компетенція цього закону поширюється і на випадки професійних захворювань.

#### **3.2. Визначення та концепція реабілітації**

Термін «медична реабілітація» трактується в Швейцарії на підставі Міжнародної класифікації функціонування (МКФ): реабілітація містить координуючі дії медичного, соціального, професійного, педагогічного та

технічного характеру з урахуванням соціального оточення і впливу навколишнього середовища для покращення функції, досягнення найбільшої особистої активності і необмеженої незалежної участі у всіх сферах життя, з тим, щоб по можливості повністю усунути обмеження.

Реабілітація в державі організована всебічно, вона націлена, крім лікування захворювання, відповідно до положень класифікації МКФ, на запобігання або зменшення наслідків захворювання або травми у вигляді пошкоджень і порушень функцій соматичної сфери, на усунення порушень активності особистості в повсякденному житті, в особистісній сфері, на усунення порушень у соціальній сфері. Медична реабілітація вважається частиною госпітальної медицини, починати яку слід в реабілітаційних відділеннях лікарень на госпітальному етапі лікування гострого захворювання або травми, особливо якщо потрібний тривалий комплекс лікувальних заходів. Крім того, під реабілітацією розуміється амбулаторне фізіотерапевтичне лікування і тренувальна терапія в спеціалізованих приватних практиках. Напівстаціонарна форма реабілітації в Швейцарії також існує, але відноситься до амбулаторного лікування і фінансується за тими ж розцінками.

### **3.3. Порядок призначення та послуги медичної реабілітації**

Направлення пацієнта в одну з реабілітаційних установ або реабілітаційних служб залежить від показань і від встановленого діагнозу. Право на реабілітаційне лікування в Швейцарії має кожен громадянин, застрахований в системі соціального страхування незалежно від того, працює він чи ні. Персональною передумовою вважається потреба застрахованої особи в реабілітації; заявка при цьому повинна подаватися нею особисто або за узгодженням з нею. Якщо цього не відбувається, то заявка у відповідні страхові структури на проведення заходів може бути подана лікуючим лікарем лікарні або за місцем проживання. Якщо реабілітант необґрунтовано відмовляється сприяти процесу реабілітації, то фінансуюча структура може відмовити у наданні подальших послуг реабілітації. Як правило, при оформленні заявки на медичну реабілітацію лікуючим лікарем готується план реабілітаційних заходів, з пацієнтом узгоджується місце проведення реабілітації, обирається відповідна за профілем реабілітаційна клініка за місцем проживання. Страхова структура перевіряє правомірність заявки, оцінює критерії ефективності, доцільності та рентабельності лікування, а потім дає згоду із зазначенням тривалості реабілітації. У той же час існує негласний закон переваги *амбулаторної* форми реабілітації перед *стаціонарною* та достатнього обґрунтування необхідності стаціонарного лікування. *Післястаціонарне відновне лікування* позначається як *подальше лікування* і не вимагає спеціальної заявки на проведення; при його терміновості рішення про фінансування виноситься після переведення хворого в реабілітаційне відділення.

Призначення медичної реабілітації в рамках Закону про страхування інвалідності можливо **лише для інвалідів**.

Тривалість медичної реабілітації законом не регламентована, вона встановлюється страховими структурами на підставі документів лікувальних закладів та відповідно до індивідуальної потреби реабілітантів. Амбулаторна реабілітація призначається, як правило, у формі 12 процедур протягом трьох місяців. При подальшій потребі в лікуванні необхідна повторна подача заявки.

Під час проведення медичної реабілітації за кошти страхування травматизму чи інвалідності реабілітант забезпечується фінансовою підтримкою у вигляді денної допомоги, яка складає 80% його заробітку з утриманням витрат на утримання і харчування (грошові допомоги в системі лікування інвалідів ще вище за рахунок коштів, що перераховуються з виробничих доплат і допомоги по утриманню дітей). При реабілітації в рамках медичної страховки денна грошова допомога не виплачується. Для запобігання фінансових втрат передбачено укладення додаткової страховки на денну грошову допомогу. Будь-яких власних доплат за медичну реабілітацію не стягується.

### **3.4. Структури медичної реабілітації**

Всього в Швейцарії налічується більше 370 лікарень, з них 190 спеціалізованих, до яких відносяться і реабілітаційні клініки. Приблизно половина з них належить приватним власникам. Із загальної кількості 44,5 тис. лікарняних ліжок на реабілітаційні клініки приходиться 3920 ліжок, що складає 0,6 ліжка на 1000 жителів (для порівняння: у Німеччині – 2,4 ліжка). Витрати на стаціонарне лікування в середньому за рік становлять 19,4 млрд. швейцарських франків (13,3 млрд. євро), а стаціонарне реабілітаційне лікування обходиться в 486,8 млн. швейцарських франків (332,8 млн. євро). Для порівняння: в Німеччині витрати пенсійного страхування на медичну реабілітацію становлять 2,8 млрд. євро, кількість реабілітаційних клінік – 1398 (на 190 тис. реабілітаційних ліжок). Вартість ліжко-дня в реабілітаційних клініках становить 440 швейц. франків (300 євро). Планування потреби в лікарняних ліжках проводиться органами управління кантонів (областей).

Структури страхування травматизму укладають договори з окремими клініками за своїм розсудом, при цьому враховується принцип ефективності, доцільності та рентабельності. Структури страхування інвалідності укладають договори, як правило, з тими ж клініками.

Всі клініки мають мультидисциплінарну концепцію лікування та укомплектовані відповідними фахівцями. Реабілітаційний план лікування, який надходить в клініку разом з пацієнтом, поглиблюється і розділяється на щотижневі плани, визначаються цілі реабілітації. У компетенцію лікарів входять проведення подальшої діагностики, призначення, координація і контроль лікувальних заходів відповідно до плану реабілітації, призначення спеціальних форм лікування, ведення історії хвороби, вироблення подальших рекомендацій з реабілітації після виписки хворого та написання

виписного епікризу, який надається сімейному лікареві за місцем проживання і структурам, що фінансували реабілітацію. Лікарський виписний епікриз не має єдиної структури; вказівки соціально-медичного плану, що стосуються працездатності реабілітанта, даються в міру необхідності.

У комплекс реабілітаційних заходів включаються проведення лікувальної гімнастики, тренувальної терапії, ерготерапії для покращення навичок самообслуговування або навичок робочих процесів, вивчення стратегії подолання наслідків захворювання, консультації по харчуванню, по потребі, проведення занять з пацієнтами та членами їх сімей.

**Клініка Вальмон-Женолье** (Valmont-Genolier) у Швейцарії є багатопрофільним реабілітаційним центром для пацієнтів із вродженими вадами, серцево-судинними захворюваннями, що постраждали внаслідок нещасних випадків або аварій. Клініка входить до складу мережі медичних установ Женолье. Більше 100 років клініка приймає пацієнтів, які потребують реабілітаційного лікування, з усього світу. Реабілітаційний центр Valmont-Genolier має у своєму складі спеціалізовані відділення: ортопедичної, неврологічної, серцево-судинної реабілітації. Особливе положення займає відділення неврологічної реабілітації, де проходять етап відновлення хворі, що перенесли інсульт, операції на центральній і периферичній нервовій системах, після лікування запальних захворювань мозку, наслідків черепно-мозкових травм, хворі на ДЦП. Для ефективного відновлення чутливості тканин, активних рухів, підвищення м'язового тону, відновлення мовних функцій і координації рухів у відділенні використовують спеціальні фізіотерапевтичні та тренажерні апарати, сучасні медикаментозні засоби .

**Клініка Хірсланден** (м. Цюрих) – одна з провідних приватних клінік в Швейцарії, складається з більш ніж 40 інститутів і медцентрів. Головними спеціалізаціями є кардіологія, вісцеральна хірургія, неврологія, ортопедія, гінекологія та акушерство, а відділення інтенсивної медицини працює цілодобово протягом всього року. Клініка пропонує широкий спектр медичних послуг. Співробітники клініки супроводжують пацієнтів весь період: від медичної діагностики і подальшої постановки діагнозу до повного одужання.

### **3.5. Контроль якості**

У швейцарській системі медичної реабілітації концепція управління якістю внесена в *Закон медичного страхування*. Розробкою питань контролю якості займаються різні організації. Так, «Об'єднання забезпечення і сприяння якістю в охороні здоров'я» займається питаннями управління якістю та у сфері реабілітації; «Робоче співтовариство представників страхових послуг для рентабельної та якісної реабілітації» (ALVR) – розробкою критеріїв якості в реабілітаційних клініках. Останнє об'єднує представників усіх страхових структур, задіяних в реабілітації. Це

робоче співтовариство розробило мінімальні вимоги до якості проведення ортопедичної і неврологічної реабілітації, які засновані на положеннях німецької концепції ознак якості: структурного, процесуального та кінцевого результату.

Такими критеріями якості визнані дані штатного розкладу, що дозволяють визначити можливості реабілітаційної клініки при проведенні лікувальних заходів. Так, наприклад, кількість інструкторів лікувальної фізкультури повинна забезпечувати, як мінімум, 2,5-годинні заняття одного пацієнта в день. При зниженні цього критерію робляться висновки про низьку якість лікування. Далі звертається увага на рівень підготовки персоналу, який повинен бути підтверджений відповідними дипломами про освіту. При 90%-му навантаженні ліжок повинен бути забезпечений мінімум штатного забезпечення, що складає на ліжко 0,05 од. лікарів, 0,2 од. сестер по догляду, 0,2 од. інструкторів лікувальної фізкультури.

Громадська організація «Агентство по сприянню в оцінці якості» (APEQ) визначає критерії якості та проводить контроль реабілітаційних клінік за нормами ISO: 9001. При виконанні всіх вимог перевірки видається сертифікат якості. Будь-яку звітну документацію реабілітаційні клініки за законом представляти не зобов'язані, але багато клінік ведуть звітну документацію своєї роботи і проводять самоконтроль, дотримуючись методичних вказівок таких організацій, як ALVR або APEQ. Це обумовлено тим, що при укладенні договорів з фінансуючими органами соціального страхування останні вимагають представляти подібну звітність як критерій якісної роботи. Безпосереднього контролю роботи з боку фінансуючих органів не існує, але реабілітаційні клініки при укладанні договорів приймають на себе зобов'язання по самостійному контролю ознак якості: структурного, процесуального та кінцевого результату.

Набутий у Швейцарії або в країнах ЄС трудовий стаж визнається в рівній мірі обома сторонами, що дає громадянам країн ЄС і Швейцарії право претендувати на послуги медичної реабілітації як в самій Швейцарії, так і в будь-якій європейській країні.

### **3.6. Фінансування**

Швейцарська система соціального страхування фінансується в основному за рахунок внесків платників податків. При цьому соціальна захищеність населення добре забезпечена. Все населення Швейцарії в обов'язковому порядку має як *медичну*, так і *пенсійну страховку*. Послуги медичної реабілітації фінансуються за рахунок структур державного страхування: медичного страхування, страхування інвалідності або страхування травматизму. У різних страхових структур в залежності від обсягу проведених заходів розрізняється і вартість реабілітації. Головним чином проведення медичної реабілітації виконується за рахунок медичного страхування і страхування травматизму. Відповідальність за реабілітацію беруть на себе структури страхування інвалідності тільки в рідкісних випадках, хоча послуги з професійної реінтеграції фінансуються переважно

цими структурами. Це продиктовано тим, що на відміну від Німеччини, рішення про професійну реабілітацію приймається тільки в тому випадку, коли має місце факт інвалідності. У Німеччині такі заходи проводяться при існуванні загрози інвалідності.

## **4. ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В НІДЕРЛАНДАХ**

### **4.1. Історичні та правові основи медичної реабілітації**

У Нідерландах медична реабілітація законодавчо закріплена двома законами, що визначають в цілому соціальне страхування у країні: *Законом про загальне медичне страхування* та *Законом про особливі витрати на лікування*.

*Закон про загальне медичне страхування* передбачає фінансування лікарняними касами країни реабілітаційного лікування в стаціонарній або амбулаторній формі тривалістю до 1 року. Якщо терміни реабілітаційного лікування перевищують в цілому 12 місяців, то фінансування лікування провадиться із бюджетних коштів, визначених у *Законі про особливі витрати на лікування*.

З 1991 р. медична реабілітація була повністю віднесена до рамок Закону про особливі витрати на лікування. Цим була досягнута єдина правова основа медичної реабілітації та пов'язаних з нею медичних послуг, що, однак, призвело до відірваності медичної реабілітації від інших сфер медицини. Тому в 1996 р. була відновлена первісна законодавча основа реабілітації.

В даний час в Нідерландах існують 3 гілки соціального страхування: страхування ризику важких і хронічних захворювань на підставі Закону про особливі витрати на лікування, страхування в державних лікарняних касах і приватні лікарняні каси. Найбільш дорогим є медичне забезпечення в рамках зазначеного Закону, що вимагає до 40% всіх витрат у системі охорони здоров'я.

Державні лікарняні каси організовані за зразком німецьких і об'єднані в союз. Приватні лікарняні каси існують не для вільного вибору, як в Німеччині. Кожен громадянин, чий дохід перевищує 32 тис. євро на рік, зобов'язаний перейти у приватну касу. Цим обумовлено велика кількість застрахованих в приватних лікарняних касах (до 30% населення). При цьому не існує жодних привілеїв у відношенні державних лікарняних кас.

Нідерландські лікарі організовані в Королівське товариство лікарів, до якого відносяться і лікарі-реабілітологи. Поняття «лікар-реабілітолог» було введено в Нідерландах вперше в 1954 р. і призначалося для суміжної (між ортопедією і фізіотерапією) області медицини, яка з 1976 р. стала трактуватися як *реабілітаційна медицина*, що примикає до соціальної медицини. Підготовка лікарів-реабілітологів триває 4 роки. В даний час в Нідерландах налічується до 400 лікарів-реабілітологів.

### **4.2. Концепція медичної реабілітації**

*Реабілітація* (гол. *revalidatie*) визначена в Законі про загальне медичне страхування як медична послуга в стаціонарній або амбулаторній формі. Цей закон визначає проведення реабілітації в спеціалізованих



реабілітаційних клініках спеціально підготовленим медичним персоналом під керівництвом лікаря-реабітолога.

У Нідерландах кожен громадянин, що укладає соціальну страховку, має право на реабілітацію. При цьому не має ніякого значення причина захворювання або травми, не береться до уваги ні соціальна ситуація, ні факт безробіття чи працевлаштування у момент захворювання.

### **4.3. Порядок призначення медичної реабілітації**

Первинне медичне забезпечення в Нідерландах засновано на моделі сімейного лікаря, який виконує т.зв. фільтерну (*gate-keeper*) функцію. Пацієнти реєструються в одного з сімейних лікарів за місцем проживання і зобов'язані при захворюванні первинно звертатися до нього. Пацієнти з приватною медичною страховкою також мають сімейних лікарів, але первинне звернення до них не обов'язково. Лікарі вузьких спеціальностей працюють виключно в лікарнях, реабілітаційних центрах або приватних клініках.

Заходи медичної реабілітації можуть призначатися сімейним лікарем, лікарем-реабітологом або лікарями лікарень без подачі будь-яких заявок. Пацієнти мають право звернення до лікаря-реабітолога тільки за направленням сімейного лікаря. Можливості сімейного лікаря при призначенні реабілітаційних заходів полягають в першу чергу в призначенні фізіотерапевтичних методів лікування.

При необхідності подальшого реабілітаційного лікування сімейні лікарі направляють своїх пацієнтів до лікарів-реабітологів, які визначають необхідність проведення реабілітаційних заходів; лікарі-реабітологи встановлюють також вид і обсяг лікування та координують хід реабілітації. Фінансуючі структури не мають можливості самостійно перевіряти обґрунтованість реабілітації. Лікувальні заходи проводяться «реабілітаційною командою» одного з реабілітаційних центрів, куди входять, як правило, лікарі-реабітологи, інструктори ЛФК, ерготерапевт, тренери з гімнастики, психологи, соціальні працівники, логопеди, сестри з догляду, ортопедичні техніки. «Реабілітаційна команда» регулярно обговорює хід реабілітації окремих пацієнтів і планує подальше лікування. Реабілітаційні центри мають також діагностичні можливості.

### **4.4. Структури медичної реабілітації**

У Нідерландах є 26 спеціалізованих реабілітаційних центрів та 14 реабілітаційних відділень в різних лікарнях, всього на 2000 ліжок. На 1000 населення припадає 0,2 реабілітаційних ліжок (для порівняння: в Німеччині – 2,3, в Австрії – 2,6, у Франції – 1,6, в Іспанії – 0,05).

Реабілітаційні клініки належать державі; вони розосереджені і управляються по регіонах. Планування потреби в реабілітаційних ліжках, організації нових клінік, як і планування бюджету клінік, проводиться державними структурами охорони здоров'я. Міжрегіональну компетенцію

мають тільки деякі реабілітаційні центри, які забезпечені будь-якими особливими діагностичними можливостями або практикують будь-які особливі методи реабілітації.

Такою клінікою, наприклад, є **«Хет россінг» в Еншеде**, що проводить реабілітацію хворих з тяжкою черепно-мозковою травмою та спінальною патологією. Клініка входить до прикордонного нідерландо-німецького реабілітаційного проекту *EVREGIO*, який виник внаслідок євроінтеграційних процесів з обопільним відкриттям ринків медичних послуг і передбачає необхідність надання державами, що межують між собою, інформації про існуючі можливості, вартість, якість лікування як для населення, так і для структур реабілітації.

З 222 голландських лікарень тільки 14 мають реабілітаційні відділення, 20 лікарень мають амбулаторні реабілітаційні відділення, і майже всі лікувальні установи пропонують амбулаторне реабілітаційне лікування. Більшість лікарень не мають допуску до проведення стаціонарного реабілітаційного лікування, але тим не менше мають у штаті персонал для проведення фізіотерапії, логопедії, ерготерапії, що бере участь у проведенні ранньої мобілізації пацієнтів. Поняття *«рання реабілітація»* в Нідерландах не вживається.

Усі лікувальні заклади, допущені Міністерством охорони здоров'я Нідерландів до проведення медичної реабілітації, зобов'язані складати договори з лікарняними касами. Без відповідних договорів оплата проведеного лікування страховими структурами не проводиться. У відношенні реабілітаційних клінік існує більш гнучка система співпраці з лікарняними касами, ніж з лікарняними установами.

*Амбулаторна реабілітація* в реабілітаційних центрах, реабілітаційних відділеннях лікарень або в приватних фізіотерапевтичних кабінетах за обсягом і формою проведеного лікування відповідає *стаціонарній реабілітації*. Відмінність полягає лише в тому, що при амбулаторній реабілітації пацієнти проводять ніч вдома. Амбулаторна реабілітація покликана замінити або доповнити стаціонарну. До спектру амбулаторної реабілітації включені і такі послуги, як ергономічний аналіз робочого місця реабілітанта, допомога в пошуку відповідного робочого місця, організація різних форм навчання. Умовою для проведення амбулаторної реабілітації є здатність пацієнта до подолання до 50-60 км шляху до місця проведення лікування, в розрахунку на поїздки поїздом або автобусом. Витрати на лікування, включаючи витрати на транспорт, беруть на себе як державні, так і приватні лікарняні каси. За загальні транспортні витрати пацієнти повинні частково доплачувати самі, але не більше 63 євро. Призначити амбулаторну реабілітацію може як лікар-реабілітолог, так і сімейний лікар.

#### **4.5. Контроль якості**

Управління якістю в Нідерландах має досі тільки другорядне значення по відношенню до першорядних фінансових аспектів, що критикується з

боку Королівського лікарського товариства і стане в майбутньому предметом дискусій при проведенні реформи системи охорони здоров'я. Очікується введення цивільного соціального страхування на основні медичні послуги із законодавчо встановленою страховою сумою для кожного. Послуги, що не ввійшли в базовий перелік, будуть страхуватися додатково. Стрижнем реформи стане об'єднання державних і приватних лікарняних кас і переведення їх на приватну основу. Також буде ревізована традиційна модель первинного медичного забезпечення через сімейного лікаря. Плановані реформи, безсумнівно, вплинуть на систему реабілітації.

#### **4.6. Фінансування**

Фінансування послуг реабілітації в Нідерландах беруть на себе:

- державні лікарняні каси (оплачують заходи тривалістю до 365 днів, включаючи перебування у лікарні);
- приватні лікарняні каси;
- структури Спільного страхування особливих витрат на лікування, що представляють собою обов'язкову для всього населення країни соціальну страховку (оплачують заходи починаючи з 366-го дня захворювання);
- структури страхування непрацездатності, оплачують професійну реабілітацію.

*Державні лікарняні каси.* У країні діють 27 державних лікарняних кас, де застраховано 65% всього населення країни. Внески в лікарняні каси робляться як працівниками, так і роботодавцями. Рівень місячних внесків становить 5,14% від місячного заробітку (1,99% сплачує працівник, 3,15% – роботодавець). Внески покривають приблизно 90% річних витрат, тому лікарняні каси стягують додатково паушальні внески (від 134 до 162 євро в рік). Один раз на рік є можливість переходу в іншу лікарняну касу.

*Приватні лікарняні каси.* Громадяни, які мають річний дохід понад 32 тис. євро, зобов'язані застрахуватися в приватній лікарняній касі. Внески, що сплачуються в приватних лікарняних касах, частково йдуть на фінансування державних лікарняних кас.

Державні лікарняні каси Нідерландів витрачають на медичне забезпечення в середньому близько 170 млн. євро за рік (для порівняння: в Німеччині – 4 млрд євро, що в 24,6 разів більше Нідерландів).

В системі лікарняного страхування Нідерландів розповсюджена система доплат. Пацієнти, що знаходяться на лікуванні в лікарні або реабілітаційній клініці, повинні доплачувати щодня 3,63 євро, хронічно хворі особи за відвідування лікарів – до 45 євро в рік. Амбулаторна фізіотерапія розглядається в Нідерландах як вид реабілітації, 9 процедур на рік хворі отримують безкоштовно, подальші процедури зобов'язані оплачувати з власних коштів.

Внески на загальне страхування особливих витрат на лікування стягуються податковими органами і складають 10,25% річних доходів, що підлягають оподаткуванню, але не більше 21,8 тис. євро на рік. Безкоштовне страхування поширюється на дітей молодше 15 років, а також на осіб, що не мають власного заробітку.

## 5. ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В ІСПАНІЇ

### 5.1. Історичні та правові основи медичної реабілітації

До 1963 р. в Іспанії існували лише розрізнені установи з професійного перенавчання інвалідів, які займалися поліпшенням умов існування інвалідів. З прийняттям 28 грудня 1963 р. *Закону про основи соціальної захищеності* було вперше законодавчо закріплене право громадян на користування послугами медичної реабілітації. Первісним гарантом медичної реабілітації став *Національний інститут забезпечення*, надалі був організований *Національний інститут охорони здоров'я*, який підпорядковується Міністерству охорони здоров'я Іспанії.

Медична реабілітація є частиною законодавчо затвердженого каталогу медичних послуг в державній системі охорони здоров'я Іспанії. Прийнятий у 1986 р. *Загальний закон про охорону здоров'я* закріпив наступні принципи: забезпечення і вільний доступ для усіх громадян; податкове фінансування; об'єднання різних систем медичного забезпечення під егідою державної системи охорони здоров'я; децентралізація; розвиток вільного і доступного первинного медичного забезпечення з особливим акцентом на освітню роботу, профілактику і реабілітацію.

Визнання медичної реабілітації як самостійної галузі медицини з можливістю вузької лікарської спеціалізації існує в Іспанії з 1969 р.

### 5.2. Визначення, концепція та особливості медичної реабілітації

Визначення медичної реабілітації дано у статті 6 *Загального закону про охорону здоров'я* і трактується як «організація необхідних заходів щодо функціональної та соціальної реінтеграції пацієнтів» (*rehabilitacion funcional y reinsercion social*). У статті 18 того ж закону реабілітація визначається як «складова частина первинного медичного забезпечення», а також як «частина спеціалізованого медичного забезпечення», до якого відноситься стаціонарне лікування (*Sistema Nacional de Salud, SNS, 2012*). *Міністерство охорони здоров'я і споживання* Іспанії вважає реабілітацію законодавчо обґрунтованою, такою, що координує сукупність медичних, соціальних, виховних та професійних заходів з метою відновлення найбільш можливої функціональної здатності і незалежності інвалідів. *Національна комісія з реабілітації* визначає реабілітацію як спеціальну галузь медицини, що досліджує, виявляє й оцінює ступінь інвалідності і націлена на забезпечення максимального ступеня відновлення або збереження функціональних здібностей і незалежності інвалідів.

Відповідно до вказівок іспанського Міністерства охорони здоров'я щодо підготовки лікарів реабілітаційної медицини, реабілітація здійснює інтегральне забезпечення пацієнтів з інвалідністю або загрозою її розвитку,

із залишковими функціональними порушеннями після захворювань ортопедичного, неврологічного, кардіологічного, пульмонологічного характеру, емоційними порушеннями, що впливають на стан психіки, працездатність і громадське життя.

*Система реабілітації Іспанії має такі особливості:*

- реабілітація відноситься до державної системи медичного обслуговування;
- правове визначення реабілітації охоплює як медичну, так і професійну та соціальну інтеграцію хронічно хворих та інвалідів;
- основна увага приділяється відновленню рухової активності при лікуванні ортопедичних і неврологічних захворювань (інші галузі медицини представлені незначно);
- відзначається нестача спеціалізованих реабілітаційних клінік і дефіцит взаємодії суміжних медичних дисциплін;
- реабілітаційне лікування може проводитися амбулаторно в центрах первинного медичного забезпечення, а також стаціонарно в реабілітаційних клініках і лікарнях;
- існує низька щільність забезпечення медичної реабілітації, що складає близько 0,05 реабілітаційних ліжок на 1000 населення.

### **5.3. Структури медичної реабілітації**

Стаціонарне реабілітаційне лікування в спеціалізованих реабілітаційних клініках розвинене в Іспанії в цілому недостатньо, про що свідчить рівень забезпеченості реабілітаційними установами. На 1000 населення припадає приблизно 0,05 реабілітаційних ліжок. В державі налічується лише 24 реабілітаційних центри на 1952 ліжка.

Велика частина реабілітаційних центрів Іспанії перебуває в приватному секторі. 11 центрів на 800 ліжок відносяться до структур страхування виробничого травматизму. Найбільша щільність центрів реабілітації – в Мадриді, Барселоні, Валенсії. У відношенні кадрового забезпечення реабілітаційні центри можуть бути укомплектовані лікарями-ортопедами, фізіотерапевтами, ерготерапевтами, логопедами, психологами.

Медична реабілітація в рамках стаціонарного лікування в лікарнях Іспанії проводиться також в малому обсязі. З 795 лікарень на 164 097 ліжок тільки чверть мають реабілітаційні відділення. 80% лікарень перебуває у віданні держави.

Точної статистики реабілітаційних ліжок немає; частково вони вказані в рубриці «спеціалізовані ліжка тривалого лікування», куди входять також і геріатричні ліжка. У реабілітаційних відділеннях здійснюється переважно фізична реабілітація травматологічних, ортопедичних і неврологічних захворювань (відновлення рухових здібностей). Кардіологічна і психосоматична реабілітація розвинена недостатньо. У цілому

забезпечення населення стаціонарним лікуванням нижче, ніж в інших європейських країнах.

Санаторно-курортне лікування в Іспанії не відноситься до загальнодоступної частини державної системи охорони здоров'я, тому що свого часу було виключено з каталогу оплачуваних послуг охорони здоров'я. В рамках Міністерства праці та соціальних справ існує тільки 14-денна програма т.зв. соціального курортного лікування для пенсіонерів за віком та інвалідів праці. Працездатні громадяни користуватися пільгами цієї програми не можуть. Передумовою для отримання соціального курортного лікування є подача заявки з обґрунтуванням сімейного лікаря, при цьому враховується стан здоров'я, вік, матеріальне положення і черговість. Міністерство праці та соціальних справ виділяє в рік до 7 тис. путівок. Соціальне курортне лікування проводиться, як правило, в приватних курортних установах, які зобов'язані відповідати суворому стандарту, визначеному фінансуючим міністерством, перш за все щодо житлових умов і набору курортних процедур. Загальні витрати на соціальне курортне лікування за рік становлять в середньому 12,3 млн. євро, а середній рівень доплат за кожне проведене лікування – 188 євро. Всього в Іспанії налічується близько 130 курортних установ, більшість з яких знаходиться в приватному володінні.

Всесвітньо відомими реабілітаційними медичними установами Іспанії є **університетський інститут нейрореабілітації «Guttmann»** (м. Барселона), **клініка професора Блюма (Марбел'є)**, **госпіталь-клініка «Costa Brava»** (м. Паламос).

**Інститут Гуттманн** (м. Барселона) є ключовою клінікою, в якій проводиться медико-хірургічне лікування та комплексна реабілітація пацієнтів (дорослих і дітей) з ушкодженнями спинного мозку, набутими ушкодженнями мозку (травми голови, інсульти) або іншими захворюваннями неврологічного походження.

**Клініка професора Блюма** (Марбел'є, Андалусія). Тут, в країні з м'яким помірним теплим кліматом, реабілітація пацієнтів протікає з найбільшою ефективністю. Авторська методика реабілітації професора Блюма. Своїх перших пацієнтів іспанська клініка прийняла в 2011 році.

#### **5.4. Контроль якості**

Процес управління якістю медичної реабілітації в Іспанії закріплений законодавством. Так, Загальний закон про охорону здоров'я передбачає контроль і підвищення якості у всіх сферах роботи лікувальних установ.

#### **5.5. Фінансування**

Державна система охорони здоров'я Іспанії фінансується за рахунок платників податків. Фінансові кошти на предмети догляду стягуються централізовано за допомогою спеціального податку і розподіляються регіонально на душу населення. Значення приватного медичного

страхування, починаючи з 1996 р., зросло, і нині близько 13,1% іспанців мають приватну медичну страховку. В державі 60% вартості медикаментів оплачується медичною страховкою, 40% доплачують пацієнти. Медикаментозне лікування під час перебування на стаціонарному лікуванні в основному здійснюється без доплат пацієнта, особливо у випадку виробничого травматизму, при лікуванні пенсіонерів та інвалідів. При лікуванні хворих з хронічними захворюваннями проводиться доплата до 10% або максимальнo 3 євро за кожен виписаний препарат. Максимальна межа доплат щорічно коригується. Амбулаторна форма реабілітації доплаті не підлягає; при лікуванні в реабілітаційних клініках розміри денних доплат варіюють у межах 10 євро. Розмір доплат населення по відношенню до загальних витрат системи охорони здоров'я становить 20,4%, що свідчить про низький рівень державних витрат у сфері охорони здоров'я у порівнянні з іншими європейськими країнами.

Медична реабілітація в Іспанії є частиною первинного амбулаторного медичного забезпечення населення, що фінансується з коштів оподаткування, і проводиться амбулаторно в *центрах первинного медичного забезпечення – ЦПМ*. Існує близько 2500 таких центрів, де кожен громадянин може отримати діагностичні, лікувальні, превентивні та реабілітаційні послуги. Крім того, ЦПМ забезпечують невідкладну допомогу. 17 іспанських регіонів розділені на області, ті, в свою чергу – на зони медичного забезпечення. У кожній такій зоні знаходиться, як мінімум, один ЦПМ. Всередині однієї області лікувальні центри можуть вибиратися за бажанням пацієнта. У штат центрів ЦПМ включені лікарі загального профілю, педіатри, сестринський персонал, які працюють в одній «команді». Лікарі ЦПМ виконують роль диспетчерів і направляють хворих в лікарні або амбулаторні відділення лікарень. ЦПМ були покликані замінити традиційну модель первинного медичного забезпечення в одиничних лікарських практиках, які не відповідали повною мірою сучасним вимогам діагностики, превентивності та реабілітації. І все ж таки в першу чергу в медичних центрах надається лікувальна допомога населенню, і про проведення всеохоплюючої реабілітації в тій формі, в якій вона існує, наприклад, в Німеччині, мова не йде.

Поряд з ЦПМ для проведення реабілітаційних амбулаторних заходів існує до 60 комунальних соціальних та реабілітаційних центрів (*Centrosbases*), призначених, з одного боку, для проведення лікарської експертизи (*комісія EVO – Equipode Valoraciyny Orientacion*), з іншого – для проведення реабілітації, особливо дитячої. Комісія EVO проводить лікарсько-трудоий огляд і призначає заходи професійної реабілітації, за умови встановлення ступеня непрацездатності більш ніж 33%.



## 6. ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ВЕЛИКОБРИТАНІЇ

У Великобританії проживає 5 млн. інвалідів. Кількість зареєстрованих людей з інвалідністю складає 14% всього населення. 2/3 осіб, що одержують компенсацію (всього 2,64 млн. чоловік), в реальності здатні працювати. Практика отримання компенсацій по непрацездатності здоровими громадянами у Великобританії виникла ще в 80-ті роки, коли багато людей, що залишилися без роботи, надавали перевагу допомозі по хворобі, або тимчасовій непрацездатності, допомозі з безробіття, яка була істотно менше. Причиною інвалідизації у всіх вікових групах є насамперед нещасні випадки. У старших вікових групах зростає частка дегенеративних інволюційних та онкологічних захворювань.

### 6.1. Історичні та правові основи медичної реабілітації

Законодавство про інвалідів у Великобританії існує з 1944 р. Законодавчою основою системи захисту прав інвалідів є закони: «Про національну допомогу» (1948); «Про інвалідів» (1986); «Про допомогу з довічної інвалідності і для працюючих інвалідів» (1991); «Про соціальне забезпечення» (1994); «Про недискримінацію інвалідів» (1995) та ін. Дані закони, разом з конституційними правами, проголошують права інвалідів на медичну допомогу, навчання і освіту, більш легкий і зручний доступ до товарів широкого споживання, соціальних служб, освіти і житла, на отримання роботи. Закон «Про недискримінацію інвалідів» включає принцип рівних прав інвалідів і неінвалідів і покладає на суспільство серйозні обов'язки по відношенню до інвалідів.

Медична реабілітація в Великобританії отримала розвиток в роки Другої світової війни, служба була створена виключно для потреб фронту. З метою якнайшвидшого повернення поранених солдатів у стрій стали широко застосовуватися фізичні методи лікування. У післявоєнний період медична реабілітація використовувалася переважно у травматології. Поступово медична реабілітація стала затребувана в неврології, де перспективи лікування не завжди такі багатообіцяючі, як в травматології. Провідне місце серед європейських країн займає Великобританія в реабілітації спинальних хворих, для чого надаються першокласні терапевтичні можливості.

Як самостійна медична дисципліна реабілітація офіційно була визнана у Великобританії тільки в 1989 р., в Шотландії – з 1975 р. До цього вона відносилася до ревматології з одним тільки винятком: реабілітація спинальних хворих була виділена в самостійну медичну дисципліну – *SpinalCordInjury*. До 1991 р. кафедри медичної реабілітації мали тільки 3 британських університети: в Лідсі, Единбурзі та Саутгемптоні. У 1993 р. у Великобританії було 60 лікарів-фахівців в області реабілітології, хоча додаткову спеціалізацію з реабілітології мали також неврологи і травматологи (*British Society of Rehabilitation Medicine*).

В даний час у Великобританії медична реабілітація ще є проблемною через вкрай малу кількість реабілітаційних закладів і надзвичайно стислі строки реабілітації.

## **6.2. Концепція та особливості медичної реабілітації**

*Інвалідність*, за визначенням, даним в *Законі про інвалідність* (1944) – це взаємозв'язок між порушенням стану здоров'я, пошкодженням або захворюванням, з одного боку, і обмеженням професійної діяльності – з іншого, незалежно від віку та кваліфікації.

Королівська колегія лікарів-фахівців визначає *реабілітацію* як процес активного пристосування, в якому інвалід чи персону з загрозою інвалідності набуває і вчиться виконувати необхідні навички і знання для оптимізації способу життя у фізичній, психічній і соціальній сферах.

*Медична реабілітація* у Великобританії, як і реабілітація в цілому, знаходиться на міжвідомчому стику двох відокремлених систем: з одного боку, державної системи охорони здоров'я (*NHS*), з іншого – системи соціальної підтримки (*Social Security*). Це створює певні труднощі у проведенні реабілітації, що включає всі сторони – медичну, професійну і соціальну. Проблема полягає в розмежуванні повноважень між системою охорони здоров'я та системою соціального страхування. Обидві системи представлені в комунальних органах управління як структури соціальної безпеки та структури управління охорони здоров'я. Подібне розділення призводить до того, що медична реабілітація проводиться без урахування професійних і соціальних аспектів, так як вони не входять в сферу відповідальності системи охорони здоров'я. Реабілітаційне лікування ще не набуло належного розвитку, воно проводиться, як правило, короткочасно на останньому етапі стаціонарного лікування. Це пов'язано частково і з недостатньою кількістю реабілітаційних закладів в рамках всієї системи державної охорони здоров'я, хоча розширення сфери медичної реабілітації принципово лежить у сфері її інтересів.

Послуги реабілітації надаються як допоміжне лікування літніх людей та осіб з порушенням функцій мозку, психічними проблемами. Подібні послуги націлені на інтеграцію цих осіб у суспільстві. Реабілітація ж переслідує 2 основні цілі: поліпшення здоров'я і досягнення високої якості життя за допомогою доступного лікування; координація дій різних соціальних служб. У конкретному випадку реабілітації відводиться завдання поліпшення або усунення наявного захворювання, максимальне підвищення працездатності, врахування потреб по тривалому догляду, сприяння самостійному веденню господарства і самозабезпечення. Для досягнення цілей реабілітації необхідна налагоджена взаємодія між різними сферами, такими як освіта, виробництво, житловий сектор, охорона здоров'я та соціальне забезпечення. Наголос робиться на доступності інформації для нужденних.

На цьому міжвідомчому стику формувалася і термінологія медичної реабілітації. Це створює певну специфіку в використовуваній лексиці, що

включає всі сторони – медичну, професійну і соціальну. Тому головні діючі особи, з британської точки зору, це соціальні працівники (Case Managers or Social Workers, Bush & Company Rehabilitation, March House, Long March, Daventry, Northamptonshire, NN11 4NR) , які координують діяльність реабілітаційних бригад.

Спеціаліст, який іменується *окупаціональний терапевт* (Occupational Therapists), займається розвитком навичок самодопомоги, організацією повсякденного життя (купання, одягання, прийом їжі), когнітивними аспектами і корекцією дефіциту сприйняття.

В обов'язки *фізіотерапевта* (Physical Therapists) входить навчання пацієнтів ходьбі (при втраті цієї навички), забезпечення технічними засобами (включаючи коляски для осіб з ураженнями ОРА), а також відновлення таких якостей, як м'язовий тонус, рівновага і дефіцит координації.

*Спеціаліст з відновлювального лікування* (Recreational Therapists) допомагає пацієнтові при реінтеграції у суспільство шляхом відновлення соціальних зв'язків, навичок повсякденного життя (відвідування театрів, кіно, магазинів, ресторанів і т.д.) (Health and social services Local Involvement Network (LINK) , Patient Advice and Liaison Service ( PALS ), 2012).

### 6.3. Структури медичної реабілітації

Медична реабілітація у Великобританії здійснюється, як правило, в рамках стаціонарного лікування. Вона представлена досить невеликою кількістю (27) *реабілітаційних центрів*, які належать до великих лікарняних об'єднань. Існують спеціалізовані та комплексні центри реабілітації.

Першим реабілітаційним центром став **North Staffordshire Rehabilitation Centre** (на 23 ліжка). Він має велике амбулаторне відділення і розрахований на лікування хворих після невідкладних станів, з ревматичними, ортопедичними та травматологічними захворюваннями. Його штат включає 3 ставки лікаря (2 реабілітолога, 1 нейропсихіатр), 4 ставки інструкторів ЛФК, 2,5 ставки ерготерапевта, 2 ставки клінічних психологів, а також логопеда, соціального працівника, дієт-асистента і секретаря. Чисельність персоналу лікарняного догляду – 22 чоловіки.

До реабілітаційних центрів відноситься **консультаційний центр для інвалідів**. Центр є університетською клінічною базою, де проходять навчання студенти-медики за предметом *медична реабілітація*. Щорічно на медичні факультети зараховуються до 5 тис. студентів. Їх навчання триває не менше 5 років, після нього наступає рік практичної діяльності і допуск до державного іспиту. Після здачі іспитів може бути подана заявка в *Генеральну медичну раду* на дозвіл лікарської діяльності. Подальша вузька спеціалізація, наприклад на *лікаря-фахівця фізичної та реабілітаційної медицини*, займає 7 років.

*Спеціалізованих реабілітаційних клінік* небагато. Так, на регіон з 3,8 млн. жителів припадає близько 100 ліжок неврологічної реабілітації, частково ці ліжка використовуються тільки в робочі дні, на вихідні дні хворі виписуються додому.

У зв'язку з особливостями економічної інфраструктури багато лікувальних установ зосереджено в межах Лондона, і пацієнти з районів змушені звертатися в лондонські клініки.

Стаціонарне реабілітаційне лікування проводиться головним чином у *відділеннях фізичної медицини*, хоча у великих лікарнях реабілітація має все ще другорядне значення і обмежується фізіотерапевтичними процедурами. Реабілітаційні служби добре обладнані технічними засобами та устаткуванням.

Сімейні лікарі, які є первинною ланкою медичного обслуговування, проводять обстеження та призначення процедур відновного лікування, направляють хворого на стаціонарне лікування чи до лікаря-фахівця в один з амбулаторних центрів лікарняних об'єднань (*NHS-Trusts*). В громадських лікарняних об'єднаннях знаходиться 88% ліжок. У сфері тривалого догляду до 75% ліжок належить приватному сектору.

Амбулаторна допомога представлена діяльністю кваліфікованих районних та комунальних медичних сестер, які вдома обслуговують пацієнтів, що потребують догляду, здійснюють регулярні маніпуляції.

Законодавчо закріплено впровадження елементів реабілітації в діяльність всіх лікарень. Основою для цього служить економічна доцільність об'єднання лікарень, будинків по догляду та інших закладів. Крім того, законом передбачена форма проведення реабілітації інвалідів на дому, незважаючи на її високу затратність та великі вимоги до персоналу.

Реабілітація пацієнтів, що досягли 65-річного віку, проводиться в *геріатричних відділеннях*, навіть якщо мова йде про травматологічне захворювання.

З недавнього часу окремий статус отримали *кардіологічна та педіатрична реабілітація*.

У сфері реабілітації, як і в системі Національної служби охорони здоров'я Великобританії в цілому, останнім часом в умовах ринкової конкуренції надається широке поле діяльності приватному сектору із одночасним і безумовним збереженням повного державного контролю. Особливо великого попиту набувають клініки тривалого догляду. Факт загальнодоступності соціальних та медичних послуг в умовах ринкової економіки у Великобританії є найбільш видатним, в той час як в інших європейських державах спостерігається дефіцит фінансування соціальної сфери, і соціальні пріоритети зазнають змін.

## 6.4. Контроль якості

Питання контролю якості лікування рідко включаються в бюджетний договір комунальних округів охорони здоров'я з лікарняними об'єднаннями і вирішуються найчастіше внутрішньовідомчо. Контроль лікарської діяльності регулюється в колективі лікарняного об'єднання за допомогою ієрархії управління, на чолі якої стоїть *генеральний медичний директор*. Особливо поширений т. зв. клінічний аудит.

Закуповуючи медичні послуги для своїх пацієнтів, сімейні лікарі відповідають за якість амбулаторного та стаціонарного лікування, тому контролюють їх якість.

## 6.5. Фінансування

У Великобританії діє державна система охорони здоров'я, представлена *Національною службою охорони здоров'я (NHS)*. Фінансування здійснюється з коштів державного бюджету за рахунок платників податків. Більшість медичних послуг для пацієнтів надається без оплати. Пенсії по старості, по інвалідності, допомогу з безробіття виплачуються з *фондів соціальної безпеки*. При непрацездатності виплати за лікарняним листком складають паушально 55 фунтів стерлінгів на тиждень, перші 28 днів їх здійснює роботодавець. Національна соціальна страховка відшкодовує роботодавцям витрати на лікарняну допомогу, не стягуючи з роботодавця соціальні внески за хворого робітника в розмірі суми, що накопичилась.

Витрати в галузі охорони здоров'я у Великобританії становлять близько 7% ВВП країни. 94% всіх витрат покриває *Національна служба охорони здоров'я*, а на долю приватних медичних страхових компаній приходить лише близько 6%. Населення укладає додаткові приватні медичні страховки в основному у зв'язку з великою завантаженістю медичних установ і тривалих черг на планове медичне лікування. Всього в країні налічується до 230 приватних медичних страхових компаній.

Фінансові кошти NHS складаються на 83% з податкових бюджетних коштів, на 13% – з бюджетних коштів, що надходять до кас соціального страхування в оплату медичних послуг, на 3% – за рахунок особистої фінансової участі пацієнтів.

Бюджет на спеціалізоване лікування в області реабілітації та геріатрії встановлюється шляхом переговорів з міжрегіональним консорціумом комунальних органів охорони здоров'я. Досвід держави у визначенні можливих витрат і реального виділення коштів на здійснення реабілітаційних заходів є позитивним: тільки в 1999 р. на ці цілі було виділено близько 1 млрд. фун. ст.

Розцінки за день перебування хворого в стаціонарі враховують середню денну вартість перебування пацієнта в стаціонарі з урахуванням профілю лікарні. У разі лікування пацієнтів у приватному порядку в

лікувальних закладах лікарняних об'єднань кожен сектор послуг пред'являє власний рахунок. Приватні клініки укладають договори з комунальними органами охорони здоров'я на відшкодування витрат по каталогу цін за поодинокі послуги.

## **7. ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В ШВЕЦІЇ**

### **7.1. Історичні та правові основи медичної реабілітації**

Організація сьогоднішньої системи охорони здоров'я у Швеції почалася в 1928 р. з прийняттям *Закону про лікарняні заклади*. Прийнятий у 1946 р. закон про національне лікарняне страхування, що згодом (1962) став загальним *Законом про соціальне страхування* і діє в даний час, повністю регулює соціальне страхування, включаючи лікарняне і пенсійне страхування, страхування материнства та інвалідності. Страхування безробіття, травматизму внаслідок нещасних випадків, професійних захворювань регулюють інші окремі закони. Загальний закон про соціальне страхування є також законодавчою основою *медичної реабілітації*.

Реабілітаційна медицина в Швеції – ще досить нова медична дисципліна, яка отримала офіційний статус лише в 1969 р., тому що лікарі інших спеціальностей (хірурги, терапевти) вважали себе достатньо компетентними у вирішенні питань медичної реабілітації. З розвитком системи медичного обслуговування все більше зростала потреба в організації подальшого відновного або реабілітаційного лікування. Перші реабілітаційні стаціонарні відділення були організовані в 1960 р. з метою подальшого реабілітаційного лікування пацієнтів, виписаних з інших відділень лікарень. Надалі, по мірі зростання потреби в організації відновного лікування в амбулаторній фазі, виникла необхідність вирішення питань професійної реадaptaції, перекваліфікації за станом здоров'я, питань психологічної та соціальної реінтеграції, безробіття. Необхідним стало тісне співробітництво зі страховими організаціями, відділами соціальної допомоги, установами з працевлаштування. Політика у сфері охорони здоров'я перебувала під впливом спілок інвалідів, які захищали інтереси осіб, що втратили працездатність. Все це призвело до необхідності визнання лікарів-спеціалістів медичної реабілітації та організації їх підготовки. В даний час в Швеції налічується до 160 лікарів-реабілітологів, при цьому 56% складають жінки.

До завдань реабілітаційної медицини відносяться, крім подальшої діагностики і лікування хворих у стаціонарі, також організація професійної реінтеграції, професійної освіти, вирішення питань працевлаштування, організація відповідних побутових умов після виписки додому, при необхідності встановлюється зв'язок з органами соціального забезпечення, працевлаштування, страховими організаціями.

### **7.2. Визначення, концепція та особливості медичної реабілітації**

За визначенням *Національного відомства охорони здоров'я та благодійності* Швеції, «реабілітацією є кожен захід медичного, професійного і соціального характеру, який служить максимальному відновленню функціональних здібностей хворого або травмованого з метою досягнення ним повної здатності до самовизначення в своєму житті». Метою

реабілітаційної медицини є оптимізація, а в кращому випадку – повна нормалізація функціональних здібностей пацієнта. З медичної точки зору, медична реабілітація може мати вузьку специфіку, наприклад при відновному лікуванні неврологічної, ортопедичної, травматологічної, ревматологічної або геріатричної патології. У такому випадку мова йде про т.зв. реабілітаційну «вертикаль», коли після лікування гострого стану відразу слідує специфічне реабілітаційне лікування. Але подібне застосування реабілітаційного лікування не має на увазі звернення до лікарів-спеціалістів медичної реабілітації і не має нічого спільного з реабілітаційними клініками або відділеннями, де крім реабілітаційної «вертикалі» виділяється і реабілітаційна «горизонталь», тобто проведення широко охоплюючого або «холістичного» лікування, що включає рішення задач у соціальній та професійній сферах пацієнта.

Передумовою при організації реабілітаційного відділення або клініки є наявність головного лікаря зі спеціалізацією по реабілітології та компетентної мультипрофесійної «реабілітаційної команди», що включає таких фахівців, як сестри з догляду, ерготерапевт, фізіотерапевти, соціальні працівники, психологи, логопеди. Лікувальний концепт «команди» повинен бути спрямований на врахування всіх індивідуальних потреб пацієнта з усім комплексом його проблем.

Реабілітаційна медицина це:

- рання реабілітація в поєднанні з основними лікувальними заходами (відповідальність за лікування покладається на лікарів реабілітаційного відділення);
- повторні стаціонарні та амбулаторні реабілітаційні заходи спільно з лікарями інших відділень.

Лікування пацієнтів із захворюваннями середньої важкості проводиться в амбулаторних реабілітаційних центрах під керівництвом фізіотерапевта і ерготерапевта. Вік пацієнтів реабілітаційних центрів коливається в основному між 18 і 65 роками.

У Швеції існує 5-річна програма післядипломної підготовки лікарів-фахівців реабілітаційної та фізичної медицини. Основне завдання – підготовка керівних кадрів, здатних прийняти відповідальність при плануванні та проведенні спеціального лікування. Перед початком навчання лікар і клініка підписують контракт. Навчання полягає у виконанні певної програми підготовки і закінчується видачею сертифікату. Програма підготовки передбачає так званий «інтерсхіп», порівняний з інтернатурою, яку можна пройти в різних відділеннях: ортопедії, неврології, внутрішніх хвороб, психіатрії або нейрофізіології. Реабілітаційна медицина повинна вивчатися не менше трьох років і включає роботу в одному з реабілітаційних відділень лікарень. Сертифікат, що видається, містить відомості про пройдену підготовку. У програму підготовки лікарів-фахівців реабілітаційної та фізичної медицини входить:



- практична діяльність в стаціонарі з обстеженням хворих і складанням планів реабілітації;
- вивчення методів фізичної медицини як складової частини реабілітації, включаючи об'єктивні методи досліджень рухового апарату, вивчення різних форм тренувальної терапії;
- вивчення захворювань і пошкоджень нервової системи, респіраторної та кардіоваскулярної систем;
- вивчення спеціальної літератури за запропонованим планом;
- в заключній фазі 5-тижневий теоретичний курс і здача іспиту.

Диплом лікаря-фахівця видається Шведським національним відомством охорони здоров'я та благодійності. Добровільно лікарі можуть скласти іспит і отримати сертифікат Шведського товариства реабілітаційної медицини.

Лікарі-фахівці фізичної та реабілітаційної медицини керують проведенням фізіотерапії і ерготерапії, ведуть консультативний прийом по направленню сімейних лікарів та установ з працевлаштування. Вони також володіють глибокими знаннями психології, логопедії та соціальної медицини.

### **7.3. Організація медичної реабілітації**

На чолі державної системи охорони здоров'я стоїть *Міністерство охорони здоров'я і соціальних справ*. Основна відповідальність покладена на державні окружні структури, яким підпорядковані університетські клініки, клінічні або місцеві лікувальні заклади з амбулаторіями. На всіх рівнях державного медичного забезпечення організована робота лікарів реабілітаційної медицини. Лікарів реабілітаційної медицини, які працюють у приватних амбулаторіях або лікарнях, в даний час немає.

При організації медичного забезпечення керуються принципом невідкладності медичних заходів. Хворі із загрозливими для життя станами входять до пріоритетної *групи 1*, для якої в план лікування включаються і заходи медичної реабілітації.

В адміністративних округах встановлено різний рівень податків на медичне забезпечення. Незначна плата стягується при стаціонарному лікуванні, в іншому лікуванні безкоштовне і фінансується державою. Для пацієнта лікування в приватних і державних установах безкоштовне. Подібні договірні відносини діють і для інших професійних груп сфери охорони здоров'я – психотерапевтів, фізіотерапевтів, мануальних терапевтів.

Організація відділень реабілітаційної медицини налагоджена в кожному адміністративному окрузі. В даний час налічується до 20 реабілітаційних відділень, які працюють в тісному контакті з університетськими клініками, клінічними і міськими лікарнями, особливо з неврологічними, нейрохірургічними та геріатричними відділеннями. Для дітей створені спеціальні дитячі реабілітаційні центри.

У плануванні та проведенні реабілітації задіяні різні структури. Комунальні служби охорони здоров'я здійснюють *медичну реабілітацію*. В першу чергу переслідується мета відновлення основних фізіологічних функцій пацієнта.

У 2001 р. в Швеції витрати на лікарняні та медичну реабілітацію склали 42,8 млн. євро.

Питання медичної реабілітації, проведення реабілітаційних заходів вирішуються при узгодженні з сімейним лікарем пацієнта. У разі тривалої хвороби роботодавець зобов'язаний зв'язатися з хворим співробітником і узгодити з ним можливі заходи реабілітації. Призначення заходів реабілітації передбачено:

- при тривалості захворювання більше 4 тижнів;
- у випадку, якщо співробітник протягом останніх 12 місяців перебував на лікарняному більше 6 разів;
- якщо працівник сам наполягає на реабілітації.

Подібний порядок призначення реабілітації допомагає своєчасно розпізнати необхідність в ній і організувати сам процес. Непрацездатний протягом 4 тижнів зобов'язаний надати в місцеве бюро соціального страхування довідку про непрацездатність, де вказані передбачувана тривалість захворювання і необхідність медичної реабілітації. У разі відмови оформити довідку потерпілий позбавляється фінансових виплат.

На період реабілітації виплачується допомога по непрацездатності, що містить виплати на реабілітацію та відшкодування витрат на проїзд, проживання під час реабілітації та інші витрати. Тривалість реабілітаційних заходів різна, однак збереження заробітної плати у разі захворювання можливе тільки протягом 2 тижнів. Щорічно в рамках соціального страхування тільки на реабілітацію робиться виплат на суму 162,3 млн. євро.

#### **7.4. Структури медичної реабілітації**

Первинне медичне забезпечення здійснюється, як правило, в *медичних центрах* провінцій, що складаються з *лікарень* і *амбулаторій*. Пацієнти можуть без обмеження звертатися до будь-якого лікаря лікарняних амбулаторій. Пільги реабілітації є складовою частиною медичного забезпечення населення. Сімейні лікарі виконують функцію первинної медичної ланки і повинні визначити необхідність реабілітації (особливо коли пацієнт хворіє більше 4 тижнів). Також вони оформляють план конкретних заходів реабілітації.

При необхідності проводиться стаціонарне лікування у *відомчих лікарнях* системи соціального страхування. За завданням бюро соціального страхування лікарні виконують огляд, обстеження реабілітованих, розробляють план подальших діагностичних і реабілітаційних заходів.

Важливу роль в реабілітаційному процесі відіграють *сервісні центри*, що забезпечують пацієнтів технічними засобами догляду та допоміжними засобами. Пацієнтам надається консультативна допомога в підборі ортопедичних допоміжних засобів, слухових апаратів, окулярів, інших допоміжних засобів.

Після введення *Закону про підтримку і допомогу особам з тілесними недугами* були організовані *служби догляду на дому*. Інвалідам надається постійна підтримка. Багато пацієнтів влаштовані в будинки інвалідів або в суміжне житло, де вони можуть користуватися загальними приміщеннями для проведення дозвілля та послугами догляду.

Після стаціонарного лікування в лікарні або безпосередньо за направленням сімейних лікарів та місцевих бюро соціального страхування, а також установ з працевлаштування, хворі можуть бути направлені на подальше лікування в *реабілітаційні клініки*. Крім безпосереднього лікування в клініці існує кооперація зі службами по догляду, лікарсько-консультаційною службою місцевого бюро соціального страхування. Клініки проводять навчання персоналу для роботи в сфері медичної реабілітації та розробляють методичні рекомендації процесу реабілітації. Загальна кількість лікарняних ліжок складає 29,1 тис.

Реабілітаційне лікування може проводитися і в *амбулаторних центрах*. Обсяг лікування не відрізняється від стаціонарного. Крім структур соціального страхування амбулаторні реабілітаційні центри використовуються і фінансуються також іншими соціальними службами Швеції.

У Швеції розвинутою є *система геріатричної реабілітації*, зокрема, до неї входять такі структури:

- *спеціалізовані геріатричні реабілітаційні клініки*: здійснюють реабілітацію з метою допомогти пацієнту скоріше повернутися додому або в будинок осіб похилого віку, надати відпочинок членам сім'ї, що доглядають за ним; заходи по підтримці функціональної життєдіяльності організму, забезпечення відповідного догляду протягом усього життя. Як правило, реабілітаційні клініки є приватними, а тому і мають високу вартість перебування, обмежену кількість місць;

- *муніципальні установи для довготривалого догляду за особами з соматичними захворюваннями* (найбільш розповсюджена форма): тут більшість літніх людей, що проживають вдома, зустрічається з районними лікарем або медсестрою (яка в штаті кожного муніципалітету відповідає за місцеву систему догляду за літніми людьми); при потребі приходять додому;

- *служба допомоги вдома (home services)* – соціально-медичне обслуговування вдома осіб, що проживають в звичайних помешканнях; служба структурована, має 8 рівнів;

- будинки, спеціально пристосовані для медичного обслуговування інвалідів: 1) *будинки з обслуговуванням (service houses)*; 2) *будинки-інтернати для осіб похилого віку (old-age homes)*; 3) *будинки осіб похилого віку з лікарським обслуговуванням (nursing homes)*;
- *центри денного перебування* – самостійні установи або складові частини житлового комплексу чи будинку осіб похилого віку, де інваліди харчуються, займаються працетерапією тощо (є аналогами *територіальних центрів* соціального обслуговування населення, *відділень денного перебування* інвалідів в пострадянських країнах);
- *спеціальні центри денного догляду за літніми людьми*, що страждають на виражене старече недоумство: нагляд, кваліфікований догляд, муніципальні транспортні послуги;
- реабілітація на базі *звичайних лікарень*.

### 7.5. Контроль якості

На підставі директив Міністерства охорони здоров'я і соціальних справ кожен пацієнт має право на індивідуальний план реабілітації. Забезпечення якості діяльності реабілітаційних відділень контролює *Шведське товариство реабілітаційної медицини*, яке видає сертифікати якості. На підставі *Положень про систему якості в охороні здоров'я* усі фінансуючі структури охорони здоров'я зобов'язані систематично брати участь у контролі якості. Кожен лікувальний заклад зобов'язаний організувати власну систему контролю якості. Для самоконтролю з боку продавців медичних послуг, а також для контролю з боку урядових органів складені реєстри контролю якості.

Останнім часом предметом дискусії є проблема хронічної патології. 45% осіб з хронічними захворюваннями більше року залишаються непрацездатними. Передчасний вихід на пенсію не вирішує цю проблему, так як відбувається лише перерозподіл фінансових витрат, не вигідний для пенсійного страхування.

Система реабілітації має велике значення для охорони здоров'я Швеції, вона здатна у багатьох випадках запобігти ранній інвалідизації.

### 7.6. Фінансування

У Швеції охорона здоров'я є на 95% державною. Система державної безкоштовної охорони здоров'я фінансується за рахунок загального оподаткування.

Соціальне страхування є загальногромадянським і охоплює близько 82% всього населення. Його фінансування здійснюється за рахунок внесків роботодавців і працівників (7% прибуткового податку відраховується на лікарняне і пенсійне страхування, а також страхування по безробіттю). Державні субсидії становлять десяту частину бюджету соціального страхування. Близько 4% всіх витрат покриваються за рахунок доплат

населення на лікарські засоби і консультації лікарів, 3% витрат оплачуються приватними медичними страховками. Медичне обслуговування фінансується з прибуткового і соціального податків. Загальні витрати на охорону здоров'я у Швеції в рік складають 7,6% від ВВП.

Медична реабілітація відноситься до послуг державної системи охорони здоров'я, що фінансуються з коштів громадянського соціального страхування. Право на реабілітацію мають всі особи, кому за медичними показаннями (хвороби, травми, функціональні порушення) загрожує втрата працездатності. Витрати на послуги професійної реабілітації фінансуються в основному за рахунок самих роботодавців. Керівництво заходами медичної та професійної реабілітації здійснюють місцева служба охорони здоров'я, страхові структури і роботодавець, які у законодавчому порядку зобов'язані в межах своєї компетенції своєчасно організовувати, проводити та фінансувати реабілітацію у повному обсязі.

Вся система підрозділяється на 3 адміністративних рівня. До *першого рівня* (центрального управлінського апарату) належать: Міністерство охорони здоров'я і соціальних справ, Міністерство індустрії, зайнятості та транспорту. До *другого рівня* належать Національне відомство охорони здоров'я та благодійності, Національне відомство соціального страхування. *Третій рівень* утворюють 289 комунальних управлінь, установ соціального страхування, відповідальних за організацію медичного обслуговування та соціальної допомоги населенню.

## 8. ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В США

### 8.1. Історичні передумови реабілітації

У Сполучених Штатах Америки поряд з поняттям «Фізіотерапія і реабілітація» (Physical Medicine and Rehabilitation), «фізична медицина і реабілітація» як самостійна галузь медицини існує з 1947 р., коли Американський *Комітет медичної спеціалізації* постановив визнати необхідність вузької спеціалізації лікарів в області фізичної медицини та реабілітації. Ця область медицини отримала назву «*фізіатрія*» (physiatry), а лікарі-фахівці цього профілю – «*фізіатри*» (physiatrist).

Потреба в лікарях-спеціалістах в галузі реабілітації стрімко зросла на початку 50-х років під час епідемії поліомієліту. Успіхи медицини і зміни структури населення Америки призвели до зростання кількості літніх пацієнтів, що потребують реабілітаційного лікування. Все це обумовлювало подальше зростання потреби у лікарях-реабілітологах. Нині щорічно завершують підготовку до 400 лікарів-фахівців фізичної медицини та реабілітації. Всього в США офіційно зареєстровано понад 5 тис. лікарів-фахівців цього профілю, потреба в них продовжує зростати.

### 8.2. Особливості системи медичної реабілітації

Предмет фізичної медицини та реабілітації в США відрізняється в першу чергу обсягом знань в області нейрореабілітації, реабілітації ортопедо-травматологічних захворювань, підготовки в області нейрофізіологічних методів досліджень. На відміну від класичного причинно-наслідкового уявлення в діагностиці та лікуванні захворювань, реабілітація спирається на вироблені ВООЗ з функціональної точки зору поняття «пошкодження, інвалідність і соціальна недостатність» (*Impairment / Disability / Handicap*). Метою реабілітації є зменшення фізичних вад і оптимізація функціональних і соціальних можливостей інваліда. Для цього використовуються можливості лікувальної фізкультури, ерготерапії, логопедії та інші можливості відповідно до потреб пацієнта.

Система підготовки лікарів фізичної медицини та реабілітації в США передбачає вузьку спеціалізацію протягом 4 років по завершенні академічної освіти, що включає 4-річне навчання в коледжі і подальше 4-річне навчання на медичному факультеті університету.

При цьому спеціалізації (по суті, трирічної) передує однорічна *інтернатура*, або *інтершип* (*Internship*), з чіткою структурою та щомісячною ротацією в різні відділення (внутрішніх хвороб, ортопедії, неврології, нейрохірургії, педіатрії, кардіології, ревматології, реанімації) *університетської клініки*.

Тільки з *другого року* спеціалізації починається докладне вивчення предмета фізичної медицини та реабілітації. Направлення у відповідний за профілем лікувальний заклад проводиться централізовано по

комп'ютеризованій системі розподілу (*NRMP*). З цього року *лікар-асистент* або *резидент* починає стажування в стаціонарі реабілітаційної клініки, де в основному знаходяться пацієнти після інсультів, черепно-мозкових травм, спінальних травм або з системними неврологічними, ортопедичними, ревматологічними захворюваннями і після ампутації кінцівок. Вивчаються основи фізичної терапії, ерготерапії, логопедії, методи ведення мультиморбідних хворих, управління реабілітаційною «командою». На щотижневих конференціях обговорюються цілі реабілітації окремих хворих.

*Третій рік* спеціалізації включає роботу в сфері напівстаціонарної або амбулаторної реабілітації, а також вивчення спеціальних методів діагностики. Лікарі повинні засвоїти методи рентгенівської діагностики та провести самостійно мінімум 200 електрофізіологічних досліджень (електроміографія, електронейрографія), якими зобов'язаний володіти кожний лікар цієї спеціальності.

*Четвертий рік* спеціалізації полягає в поглибленні знань, набутих при реабілітації хворих неврологічного, кардіологічного, ортопедо-травматологічного профілів, лікуванні хворих з хронічним больовим синдромом, онкологічних або опікових хворих. Резидент має можливість вибору і інших дисциплін. Він зобов'язаний брати участь в адміністративній роботі відділення, проводити заняття зі студентами або молодими колегами, крім того, існує обов'язок публікації, як мінімум, однієї наукової статті за тематикою реабілітації.

Традиційно діяльність американських лікарів «фізичної медицини та реабілітації» здійснюється між стаціонаром і амбулаторією, крім того вони надають консультативну допомогу в лікарнях. Існує можливість роботи в приватній практиці; в цьому випадку, як правило, об'єднуються кілька лікарів.

### **8.3. Структури медичної реабілітації**

*Реабілітаційні центри* у США входять до складу науково-медичних об'єднань. Вони багатопрофільні, оснащені за останнім словом техніки. Всього у США функціонують близько 30 центрів реабілітації.

*Стаціонарне реабілітаційне* лікування складається передусім з *ранньої реабілітації*, що проводиться в *реабілітаційних відділеннях великих лікарень* (і часто на базі орендованих у лікарень стаціонарних ліжок), або в окремих *реабілітаційних клініках*. Основний акцент стаціонарної реабілітації робиться на лікуванні хворих з важкими неврологічними захворюваннями, СНІДом, онкологічними захворюваннями або хворих після трансплантації органів.

Ефективно здійснюється і відновлення здоров'я хворих після травм, операцій на хребті, ендопротезування. Реабілітація пацієнтів ортопедо-травматологічного профілю була в значній мірі перенесена в *амбулаторний сектор*. Наприклад, в штаті Каліфорнія післястаціонарне лікування хворих

після імплантації штучних суглобів або операцій на хребті проводиться тільки амбулаторно.

Можливість оренди стаціонарних ліжок дає перевагу в наступності подальшого лікування, так як хворі після виписки з такого стаціонару залишаються на амбулаторному лікуванні у того ж лікаря, який веде також амбулаторний прийом.

Хороші результати дає реабілітація дітей з наслідками дитячого церебрального паралічу, до того ж вона проводиться безкоштовно. Для реабілітації після інфарктів, після операцій на серці та судинах поряд з іншими заходами в США широко застосовуються біофлавоноїди, які нормалізують обмінні процеси в міокарді.

Застосовуються сучасні комп'ютеризовані тренажерні апарати для відновлення мовної функції і слуху. Сполучені Штати не мають собі рівних в області нейрофізіологічної, психічної, соціально-трудової реабілітації.

У великих містах, як правило, існують великі *реабілітаційні клініки* на кілька сотень ліжок, які мають основні добре оснащені *спеціалізовані відділення*. У таких клініках стаціонарне та амбулаторне обслуговування має чітке розмежування.

В 80-ті роки спостерігався стрімкий приріст кількості реабілітаційних ліжок, особливо ранньої реабілітації (з 18,5 до 35,5 тис. за період з 1986 по 1995 рр.), відбулося після введення паушальної оплати лікування. Великі клінічні лікарні змушені були задовольнятися паушальною оплатою за лікування, тому з метою економії фінансових коштів з'явився інтерес до більш раннього переведення хворого в реабілітаційну клініку. Відповідно також швидко зросла кількість реабілітаційних клінік та лікарів-реабілітологів (з 1700 до 5000 з 1980 по 1995 рр.).

Послуги реабілітації в рамках *«manager care»* часто обмежені тільки 60 днями лікування. Крім широко поширеної *ранньої реабілітації*, в реабілітаційних відділеннях великих лікарень було впроваджено більш вигідне у фінансовому відношенні лікування у т.зв. установах кваліфікованого *сестринського догляду* (SNF), в яких стали проводити *«підгостру реабілітацію»*. У SNF проводиться кваліфіковане лікування із залученням фахівців з лікувальної гімнастики, ерготерапевтів, логопедів; можливе проведення консультації лікарів.

Розвинений сектор амбулаторної реабілітації продовжує поширюваний на хвилі економії наступ на стаціонарний сектор. Сектор амбулаторного медичного обслуговування – це *лікарняний догляд на дому*, що передбачає проведення послуг реабілітації вдома.

У США набула розвитку *реабілітація геріатричних хворих* (т.зв. *геронтологічна реабілітація*). Її можна визначити як комплекс фізіотерапевтичних, санітарно-освітніх заходів, групової психотерапії, власне заходів реабілітації, соціального консультування для людей



похилого віку. Найбільш розповсюдженими формами геріатричної реабілітації є *геріатричні центри*, які, крім того, що надають допомогу при гострих і хронічних захворюваннях, амбулаторну первинну *допомогу вдома*, також здійснюють *денну реабілітацію* (можлива доставка хворих спеціальним транспортом). Прикладом такого центру може служити ***геріатричний центр в Мілуоки***, який був утворений шляхом об'єднання двох лікарень. Основною метою перебування хронічних хворих і хворих похилого віку в лікарнях є реабілітація, відтермінування погіршення стану здоров'я або його підтримка, поліпшення здатності до повсякденної діяльності. Така модель може бути застосована і в містах. Досвід роботи денних профілакторіїв і лікарень для хворих з хронічними захворюваннями і інвалідів, що не потребують безперервного добового нагляду, в містах США може бути рекомендований охороні здоров'я України.

У США (на відміну від більшості європейських країн) відсутні окремі санаторно-курортні заклади, натомість існують різноманітні спортивні товариства, на базі яких функціонують платні центри, де під наглядом лікарів пацієнт проходить другий етап реабілітації.

В останні роки розроблені і застосовуються методики реабілітації комп'ютерної та ігрової залежності, які в США офіційно визнані як захворювання. Відновлювальні центри для хворих з ушкодженнями мозку і з порушеннями зору є кращими в світі.

#### **8.4. Контроль якості**

При укладанні контрактів з НМО лікувальні установи повинні представити звітність з обґрунтуванням якості та ефективності своєї роботи. При цьому набуло поширення застосування *функціонального незалежного вимірника (FIM)*, що дозволяє здійснити статистичне порівняння даних з іншими реабілітаційними закладами.

Лікарні в США підлягають суворому контролю якості та зобов'язані підтверджувати акредитацію кожні 3 роки, з тим, щоб продовжити право на медичне обслуговування населення. Так здійснюються державний контроль і вплив на систему охорони здоров'я.

Багато розглянутих особливостей американської системи охорони здоров'я і реабілітації специфічні і не можуть бути перенесені на інші країни. Разом з тим деякі явища економічного характеру взято за зразок в інших країнах, в т.ч. і в Європі. Так, система паушального розрахунку за лікування (DRG) вступила в 2004 р. в силу і в Німеччині. Це веде до змін у системі охорони здоров'я, аналогічним у США, що спостерігалися, починаючи з 80-х років. Лікарні зацікавлені у швидкому переведенні хворих на ранню реабілітацію, що в цілому сприятливо відбивається на результатах реабілітації та лікування. Існує потреба в організації відділень ранньої реабілітації та подальшому розвитку практичної реабілітології в цілому.

## 8.5. Фінансування

Американська система фінансування стаціонарного лікування в цілому і, зокрема, реабілітації (стаціонарної або амбулаторної) багатогранна і представлена великою кількістю можливих варіантів страхування на державній чи приватній основі.

Реабілітація потерпілих внаслідок травм, пов'язаних з виробництвом, і для людей похилого віку (старше 65 років) фінансується системою *Medicare*, у той час, як інші випадки медичної реабілітації фінансуються в рамках наявних страховок і з засобів різних благодійних фондів. Пошук джерела фінансування в даному випадку проводиться законними представниками пацієнта або соціальним працівником на етапі перебування пацієнта в стаціонарі. До 4,5% всіх видатків державної медичної страховки *Medicare* припадає на сектор реабілітації.

Поряд з державною медичною страховкою *Medicare* існує також державна програма медичного страхування *Medicaid*, що гарантує медичну допомогу безробітним та малозабезпеченим громадянам.

Крім того, існує велика кількість приватних медичних страхових компаній з різним рівнем страхування ризику захворювання. Широко поширені приватні та орієнтовані на одержання прибутку *Організації збереження здоров'я (НМО)*. Введена система *менеджменту медичного догляду*, або «*managed care*», яка являє собою пакет медичного страхування, вартість якого встановлюється за домовленістю і включає певні медичні послуги, такі як лікування тільки у визначених лікарнях або амбулаторіях, консультації тільки у запропонованих лікарів. При цьому передбачена первинна роль сімейного лікаря (*gatekeeper*), який визначається особою, що оформляє контракт. Тільки сімейний лікар приймає рішення про необхідність лікування; вільне відвідування лікарів не передбачено. Акцент робиться на превентивне лікування, профілактичні огляди, відвідування семінарів по формуванню здорового способу життя. Кількість споживачів такого медичного страхування, цілком доступного за ціною, складає до 50 млн. осіб.

Якщо медичне обслуговування не може бути оплачено в приватному порядку, то пацієнти звертаються в *університетські клініки* або *громадські лікарні*.

Після невдалої спроби введення загального державного медичного страхування під впливом ринкової економіки відбулася значна зміна американської системи медичного страхування. Традиційна система оплати медичних послуг (виплата компенсації пацієнту після передоплати з його боку, чи *fee for service*), зростання вартості охорони здоров'я і тенденція до необґрунтованого медичного обслуговування призвели до закликів створення оплачуваної системи охорони здоров'я для всіх. Слід зазначити і той факт, що в США більше 37 млн. осіб взагалі не мають медичної страховки.

Щорічно видатки на охорону здоров'я в США складають близько 14% від ВВП (для порівняння: у Німеччині – 8,7%, у Франції – 9,4%), проте стрімке зростання витрат при цьому здебільшого не виправдане і пов'язано з утриманням величезного адміністративного апарату, що випереджає реальні витрати на лікування.

Розрахунки за стаціонарне лікування здійснюються на підставі розцінок ліжко-дня або на підставі *паушальної оплати лікування діагностичної одиниці*, т.зв. *diagnosisrelatedgroup – DRG*. Вартість ліжко-дня сильно варіює і залежить від кон'юнктури ринку медичних послуг.

## **9. ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ФІНЛЯНДІЇ**

### **9.1. Історичні та правові основи медичної реабілітації**

Законодавство з питань інвалідів у Фінляндії почало формуватися вже на початку 70-х років. Перший і діючий до теперішнього часу закон в даній області був прийнятий в 1963 р. Цілий ряд законів був прийнятий в подальшому: Закон про первинну медичну допомогу (1972); Закон про соціальний благоустрій (1984); Закон про планування, про державні субсидії на соціальний благоустрій і здоров'я; Закон про спеціалізоване медичне обслуговування (1989).

Нині у Фінляндії розроблена сутєва законодавча база, що забезпечує організацію системи реабілітації інвалідів. На законодавчому рівні закріплена інтеграція реабілітаційної діяльності в сферу соціального захисту населення, охорони здоров'я, зайнятості, соціального страхування, освіти, а також сформовані механізми їх співробітництва та кооперування.

В *Закон про охорону здоров'я* та *Закон про соціальний добробут* включені пропозиції про адаптаційне навчання, метою якого визначено максимальне засвоєння всіх можливостей для соціальної інтеграції інвалідів. Надання послуг адаптаційного характеру покладено на служби соціального добробуту, охорони здоров'я та страхові компанії.

Згідно з *Основним законом країни*, питання соціального обслуговування, реабілітації інвалідів та надання їм медичної допомоги знаходяться у компетенції місцевих органів влади, проте держава компенсує їм значну частину витрат. Для інвалідів багато послуг є безкоштовними або оплачуються на пільгових умовах. Створена правова база і для розвитку приватних реабілітаційних структур, які нерідко використовуються для розміщення державних замовлень.

### **9.2. Визначення та концепція реабілітації**

Відповідно до законодавства Фінляндії інвалід – це людина, яка зважаючи на травму або захворювання відчуває тривалий час постійні складнощі з виконанням функцій, що відносяться до звичайного способу життя.

Інвалід не може бути підданий дискримінації і має право жити нормальним життям, наприклад, вчитися, працювати і створити сім'ю.

Головні завдання охорони здоров'я Фінляндії – первинна і вторинна профілактика захворювань, раннє виявлення проблем, своєчасна госпіталізація, адекватне лікування, активна реабілітація пацієнтів в медичному закладі і в домашніх умовах, спадкоємність етапів лікування / реабілітації, робота з сім'єю пацієнта. У Фінляндії створена електронна система реєстрації пацієнтів – база даних, куди заносяться всі необхідні відомості про здоров'я пацієнта. Завдяки цьому, пацієнт знаходиться під

наглядом на всіх етапах надання допомоги. Важливо відзначити, що медична та соціальна допомога тісно взаємодіють один з одним. Наприклад, якщо пацієнт з ГПМК надходить в стаціонар, то про це надходить інформація і в соціальну службу. Соціальний працівник, медичні сестри приходять додому до пацієнта, де допомагають адаптувати навколишнє оточення до потреб пацієнта, проводять бесіду-консультацію, навчання родичів, доставляють все необхідне допоміжне обладнання, тобто здійснюють повну підготовку домашніх умов ще до виписки пацієнта зі стаціонару. У Фінляндії добре розвинені медичні послуги вдома – лікарня на дому, патронажна служба, а так само широко поширене волонтерство. Допомагає контролювати стан і значно полегшує догляд за важкими пацієнтами або літніми людьми спеціальна допоміжна медична техніка: сигналізатор прийому їжі, сигналізатор прийому ліків, датчик знаходження пацієнта в ліжку, сигналізатор для туалету, телефон для екстреного виклику, «телебачення благополуччя». Сім'я пацієнта / пацієнт може скористатися послугами з прибирання та організації харчування, і так само попросити допомогу по догляду.

### **9.3. Порядок призначення медичної реабілітації**

Якщо хворий потребує реабілітації, для початку йому необхідно отримати висновок лікаря: звернутися до свого лікаря або до лікаря за місцем роботи.

Медична реабілітація тяжкохворих (*lääkinnällinen kuntoutus vaikeavammaiselle*) здійснюється наступним чином. Якщо особа має важку травму і вік менше 65 років, Kela може компенсувати витрати на реабілітацію. Реабілітація не може бути отримана у таких випадках: 1) якщо травма не завдає особі значних побутових складнощів вдома, у школі або на роботі; 2) якщо особа не отримує підвищеної або максимальної допомоги для інвалідів (*vammaistuki*). Якщо хворий подає заяву на надання медичної реабілітації, призначеної для тяжкохворих, йому також знадобиться план реабілітації (*kuntoutussuunnitelma*).

Після отримання від лікаря висновку або плану реабілітації, хворий може подавати заяву про надання реабілітації в пенсійну установу чи в Kela. Якщо він подає заяву про надання реабілітації в Kela, йому необхідно подати її до початку реабілітації. Kela не оплачує ті реабілітаційні дні, які закінчилися до того, як подана заява.

При необхідності для поліпшення працездатності або здатності до навчання хворий може звернутися до Kela з проханням про надання йому реабілітаційної психотерапії (*kuntoutuspsykoterapia*). Для цього йому необхідно як мінімум 3 місяці бути клієнтом психіатра. Якщо психіатр вважає, що хворому необхідна терапія для поліпшення працездатності, він пише висновок для Kela. Реабілітаційна терапія може мати форму індивідуальної, групової, сімейної, парної або образотворчої. Хворий може

разово отримувати допомогу на 1 рік на проведення терапії максимум протягом 3-х років.

#### 9.4. Структури медичної реабілітації

Органом, що забезпечує реалізацію законодавства у сфері реабілітації інвалідів, у Фінляндії є Міністерство соціальних справ та здоров'я. Для координації діяльності на різних рівнях створені Національний узгоджувальний комітет по реабілітації, Національна рада по реабілітації, муніципальні ради, групи співробітництва на провінційному рівні.

У Фінляндії існує велика кількість організацій інвалідів, які прагнуть поліпшити становище інвалідів в суспільстві. Так, *Асоціація інвалідів*, займається проведенням консультування і індивідуального керівництва інвалідом, розвитком реабілітаційних клінік, інститутів професійної підготовки, закритих спеццехів.

Організацією медичної реабілітації осіб, що належать до сфери медичного страхування (*sairausvakuutus*) Фінляндії займається *Відомство з народних пенсій (Kela)*. Медична реабілітація може бути надана в *реабілітаційному центрі* або у вигляді *амбулаторної терапії*, протягом якої хворий може жити вдома. Крім того, може бути *реабілітація на розсуд* та *реабілітаційна психотерапія*.

Крім свого висококласного медичного обслуговування Фінляндія славиться сприятливими для реабілітації організму кліматом і природними умовами. У 1970-1980-х роках у Фінляндії з'явилася розвинена мережа медичних установ, що пропонують послуги з реабілітації та забезпечують повний догляд та найширший спектр відновних послуг. *Центри реабілітації* знаходяться в мальовничих місцях Фінляндії. Пацієнтам пропонуються різноманітні спортивно-оздоровчі програми, реабілітаційні програми після операцій на хребті та суглобах, а також після перенесених травм та інсультів, відновлення після неврологічних захворювань і захворювань опорно-рухового апарату.

*Общини (комуни)* організують медичну реабілітацію, наприклад, в поліклініках і в лікарнях. Види реабілітації, що організуються комунами: реабілітаційна консультація; обстеження з метою визначення необхідності в реабілітації; процедури з метою підвищення працездатності; цикли реабілітації; послуги з надання допоміжного обладнання; адаптаційна підготовка; реабілітаційний інструктаж. У складі центрів охорони здоров'я функціонують *підрозділи реабілітації*. Так, в общині *Sipoo*, окрім амбулаторії, стаціонару загального профілю, є відділення на 40 ліжок для проведення реабілітації особам похилого віку після перенесених інсультів.

Комуни зобов'язані організувати спеціальні послуги для тих інвалідів, які їх потребують, наприклад, послуги з перевезення (*kuljetuspalvelu*), допоміжні засоби (*apuvälineet*) або індивідуальний помічник (*henkilökohtainen avustaja*). Ці послуги допомагають інвалідам брати участь у громадському житті та усувають перешкоди і проблеми, пов'язані з травмою.

При подачі заяви на надання послуг для інвалідів, слід звернутися в соціальну службу (sosiaalitoimisto) комуни. У комуні є соціальний працівник, відповідальний за послуги, що надаються інвалідам. У нього можна отримати інструкції та допомогу в отриманні таких послуг. У соціальній службі для інваліда буде складено план надання послуг (palvelusuunnitelma), призначений для з'ясування того, які саме послуги необхідні. Для отримання послуг, як правило, необхідна довідка від лікаря, яку можна отримати, наприклад, в поліклініці.

Передбачається інформування пацієнтів про медичні послуги, що надаються в області реабілітації; оцінка необхідності і можливості реабілітації, в тому числі функціональних можливостей пацієнта шляхом тестування, виявлення необхідності фізіотерапії і функціональної терапії, розмовної терапії, психотерапії і т.ін., які допоможуть підтримати і відновити функціональні можливості пацієнта; виявлення необхідності протезування пацієнта і навчання його користуванню протезами; адаптаційне навчання як самого пацієнта так і його родичів в нових умовах життя у зв'язку з захворюванням і інвалідністю, а також інші міри і послуги реабілітаційного характеру.

Крім державних служб, реабілітацією займаються *3 спеціалізовані приватні служби*, а саме:

- *ортопедична лікарня фонду інвалідів*, що обслуговує інвалідів з ортопедичними дефектами;
- *реабілітаційний фонд*, що обслуговує глухих, сліпих, розумово відсталих тощо;
- *лікарня для ревматичних хворих*, що обслуговує, в основному, хворих з ревматизмом.

В цих трьох закладах у процесі реабілітації, поряд з лікарями, у т.ч. при розробці реабілітаційних планів, приймають участь робітники соціальних служб, психологи і деякі інші спеціалісти.

Центральні лікарні, як правило, перебувають в тісному контакті зі службами зайнятості та 15 спеціально організованими «*клініками розвитку робочих можливостей*», зайнятих оцінкою професійних здібностей і трудового потенціалу інвалідів, і направляють до них клієнтів. Ці клініки розробляють загальні і індивідуальні програми професійної реабілітації за участю спеціалістів різних профілів: лікарів, психологів, соціальних працівників, інженерів і т.д. Оцінка трудових можливостей інваліда здійснюється на протязі 3-4 тижнів.

У реабілітації кардіологічних і неврологічних пацієнтів застосовують міждисциплінарний підхід. До складу бригади можуть входити: лікар (кардіолог/невролог), медичні сестри, фізичний терапевт (в Україні – лікар ЛФК), дієтолог, психолог/нейропсихолог, логопед, ерготерапевт, соціальний працівник та ін. В штаті відділення обов'язково є фізичний терапевт. У

відділеннях введена штатна одиниця – фармацевт, в завдання якого входить отримання, роздача лікарських препаратів, а також контроль за їх застосуванням.

Реабілітаційні програми включають в себе навчання або консультації з питань здорового способу життя: харчування, рухова активність, допомога в боротьбі з курінням, із зайвою масою тіла, поради для зниження стресу. Фахівці допомагають сприйняти новий спосіб життя і докладають максимальних зусиль для якнайшвидшого повернення пацієнта до повноцінного життя. Активно ведеться робота з сім'єю, родичі пацієнта можуть проконсультуватися з фахівцями з будь-яких питань.

*Tulpra* – амбулаторна програма (частина програми для реабілітації пацієнтів з кардіоваскулярної патологією т.зв. програма «Серце фінна»). Завдяки цій програмі, пацієнт може продовжувати займатися в поліклініці з фізичним терапевтом.

Дуже активно здійснюється реабілітація у *стаціонарному неврологічному відділенні*. Тут працюють 3-4 фізичних терапевта, логопед та інші фахівці (міждисциплінарна бригада). У *стаціонарному відділенні поліклініки* всього лише 1 фізичний терапевт і акцент йде на сестринський догляд. Активну реабілітацію в стаціонарі частіше проводять пацієнтам працездатного віку без когнітивних порушень, а за відсутності динаміки переводять в поліклініку. Фахівцями розроблено критерії перспективності та безперспективності (пацієнт без свідомості, порушення гемодинаміки, інфекція, когнітивні порушення і т.д.) реабілітації (всього 11 критеріїв). Фізичний терапевт оцінює рухову активність, м'язову силу, рівновагу і складає план рухової реабілітації. У стаціонарі пацієнт перебуває в середньому 2-3 тижні, потім його можуть виписати додому або перевести в реабілітаційний центр. Вікно реабілітації – перші 3-4 тижні і до 3 місяців (оптимальний час). У реабілітаційному центрі хворий інсультом може знаходитися до 6 місяців, а при травмі спинного мозку довше. Основні реабілітаційні напрямки: розвиток ходьби (1 етап – «*локомат*», 2 етап – метод дзеркальної терапії з використанням «стрибунців» (найчастіше використовують цей метод для пацієнтів з неглектом), 3 етап – бігова доріжка), розробка кисті (моторика) – здорову руку фіксують по 5 годин на день, змушують працювати уражену руку, тобто таким чином, намагаються стимулювати головний мозок, змушують його переключитися на уражену руку. Активно використовують методи біологічного зв'язку. Так само проводять тренування на розвиток рівноваги, водні тренування в басейні для зменшення спастички. Пацієнти приймають їжу не в палатах, а в їдальні – один із способів тренування ходьби. З пацієнтами займаються при необхідності логопеди, нейропсихологи, ерготерапевти. Для того щоб після виписки пацієнт міг самостійно себе обслуговувати, проводити гігієнічні процедури, готувати собі їжу тощо, в центрі обладнано спеціальне приміщення, де відтворені домашні умови. У цьому приміщенні проводять заняття з функціональної терапії, тобто допомагають пацієнту адаптуватися



до нових умов життя. Після виписки пацієнт перебуває під наглядом, періодично проводять оцінку функціональної активності, спочатку через 3 місяці, потім через 5 або 8 місяців.

### **9.5. Контроль якості**

Щоб забезпечити якість догляду, на 1 медичну сестру припадатиме в середньому всього 4 пацієнта, графік роботи не більше 8 годин на добу. Медичні сестри працюють в 3 зміни (ранок, вечір, ніч). Допоміжними функціями (прибиранням приміщень, утилізацією відходів, обробкою інструментарію) займаються спеціальні служби, а медсестри зайняті безпосередньо лікуванням та доглядом за пацієнтами. При такій організації роботи ризик розвитку ускладнень (пролежні, пневмонія і т.д.) практично зведений до нуля.

У Фінляндії здійснюється спадкоємність етапів лікування, за рахунок чого підвищується якість і швидкість реабілітації.

### **9.6. Фінансування**

У відповідності з *Актом національних пенсій* фінансування реабілітації у Фінляндії здійснюється за рахунок інституту соціального страхування. Застраховані отримують реабілітацію у відповідності з *Актом реабілітаційних послуг*. Національна система профілактичних служб і реабілітації у Фінляндії фінансується за рахунок страхових внесків, що виплачуються у відповідності з положенням національного закону про пенсію і закону про страхування по хворобі. За законом, 2 відсотки від страхових внесків, що виплачуються застрахованими, повинні витратитися на профілактику захворювань і реабілітацію.

Інвалідам компенсуються витрати на придбання пристосувань, необхідних для реабілітації (крісла-каталки, милиці і ін.), і лікування з фондів страхової медицини.

*Особливий Акт про спеціальне піклування про непрацездатних, що розвиваються*, визначає міри соціального захисту та реабілітації розумово відсталих інвалідів. Основним принципом Акту є всебічна нормалізація їх життя та соціальна інтеграція. В ньому відображені основні напрямки діяльності у цій сфері: медична, соціальна та психологічна діагностика, лікування, навчання, тренування, організація праці, допомога в забезпеченні умов життя, веденні господарства, а також визначені джерела фінансових ресурсів.

*Акт про страхову компенсацію реабілітації* передбачає страхування від нещасного випадку на роботі та на транспорті. У страхуванні передбачена соціальна, медична та професійна реабілітація.

В період проходження реабілітації інвалідам виплачується спеціальна реабілітаційна допомога за рахунок коштів соціального страхування.

Окремими нормативними актами регламентовано надання особливих реабілітаційних послуг окремим категоріям інвалідів – інвалідам війни, інвалідам з фізичними порушеннями, з ураженням слуху та зору.

Особлива увага приділена заходам, що підвищують соціальну активність інвалідів, зокрема надається право на отримання оплаченого проїзду до місця навчання або роботи, спеціального обладнання для побутової незалежності.

## 10. ОРГАНІЗАЦІЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В ІНШИХ КРАЇНАХ СВІТУ

**Австрія** надає великі можливості для профілактики, лікування та реабілітації дітей і дорослих.

Тут діяльність системи реабілітації та соціального захисту інвалідів регламентується цілим комплексом відповідних законодавчих актів і нормативних документів: Акт про інтеграцію інвалідів, Акт про піклування про інвалідів, Акт про медичне обслуговування жертв війни, Акт про туберкульоз, Загальний закон про соціальне забезпечення, Загальний закон про соціальне страхування, Закон про надання допомоги при працевлаштуванні тощо.

Організація надання медичної допомоги у питаннях законодавства та контролю залежить від федеральних закладів. Відповідальність за громадську охорону здоров'я несе Міністерство охорони здоров'я та захисту прав жінок, провінційна та муніципальна влада, а також організації соціального страхування як самоврядні громадські заклади.

Система соціального страхування забезпечує добробут населення та передбачає законодавчі гарантії базового стандарту життя, а також медичні послуги у випадках: захворювання, інвалідності, вагітності та пологів, безробіття, похилого віку, смерті годувальника. Соціальне страхування передбачає надання допомоги населенню у вигляді пенсійних виплат, проведення необхідних діагностичних або терапевтичних процедур, а також при нещасних випадках. Організація соціального страхування контролюється 7 окремими корпоративними структурами – т.зв. *закладами соцстрахування*. Фінансування системи соціального страхування здійснюється внесками застрахованого населення, а у випадку працюючих за наймом – їх роботодавцями.

Найвідомішою реабілітаційною клінікою Австрії і однією з 10 найбільших неврологічних клінік Центральної Європи є ***Christian Doppler Clinic*** (м. Зальцбург). Вона має в своєму розпорядженні 140 лікарняних ліжок і пропонує широкий спектр діагностичних можливостей і терапевтичних методів сучасної медицини.

Головним напрямком клініки є лікування інсультів, скринінг ризику, а також індивідуальний підхід до профілактики з урахуванням результатів обстеження. Знаходить високу оцінку інтервенційна ангіографія з лікуванням аневризм, стенозів, вад розвитку судин, що проводиться тут. Діагностика та терапія больового синдрому (головний біль, біль у хребті), дегенеративні захворювання (хвороба Паркінсона, деменція, поліневропатії), запальні захворювання (розсіяний склероз), епілепсія є подальшими напрямками в науковій і терапевтичній діяльності клініки. До її складу входять наступні реабілітаційні відділення:

1. Стаціонарне відділення для реабілітації постінсультних хворих – на 14 ліжок. Фахівці: неврологи – 3 ставки, ерготерапевт – 1 ст., фізіотерапевт – 1 ст., психологи – 2 ст., логотерапевт – 1 ст., соціальний працівник – 1 ст., медсестри – 4 ст. Тут відбуваються етапи реабілітації А і В.

2. Відділення нейрореабілітації – на 25 ліжок. Фахівці: неврологи – 2 ставки, ерготерапевт – 8 ст., фізіотерапевт – 12 ст. Тут відбувається етап реабілітації А. Хворі з апалічним синдромом. Середня тривалість перебування хворого на ліжку – 19,8 днів. % роботи ліжка – 94%.

*Функції деяких фахівців:* ерготерапевт – тренування активності хворого в повсякденному житті (кухня, навчання функціям самообслуговування); фізіотерапевт – стимуляційна гімнастика і техніка для тренування втрачених рухових функцій; логотерапевт – тренування мовних, ковтальних і пізнавальних функцій; соціальний працівник – вибір найбільш раціонального шляху реабілітації поза стаціонаром.

*Деякі види терапії:* інтерференція-терапія, стимуляція ходьби, фаціо-оральна терапія, неглект-терапія тощо.

*Оцінка ефективності реабілітації* здійснюється за допомогою шкал спеціальних опитувальників (індекс Бартела, індекс Ріверамід, шкала Боханон тощо).

Медична реабілітаційна клініка **Orthomed plus** (м. Зальцбург) пропонує великий спектр послуг у галузі ортопедії не тільки громадянам Австрії, але і іноземцям. *Профіль:* оперативне лікування кістково-м'язового апарату. Відділення реабілітації клініки призначено для пацієнтів, які перенесли ортопедичні операції з усунення наслідків травм, трансплантації суглобів, після лікування хронічних захворювань оперативним шляхом, обладнане новітнім медичним обладнанням, має комфортні палати. Професійними реабілітологами для кожного пацієнта складається індивідуальна програма, що включає процедури масажу, фізіотерапії, кріотерапії, нейрофізіологічної терапії, мануальної і банної терапії, електротерапії. Пацієнти забезпечені постійною допомогою у всіх побутових питаннях, що створює сприятливу обстановку для одужання. Завдяки найвищим медичним стандартам обслуговування клініка має першокласну міжнародну репутацію.

В **Бельгії** законодавством затверджено створення великої системи соціального страхування, в рамках якої здійснюється медична та соціальна реабілітація інвалідів. Контроль в цій сфері здійснюють Міністерство соціальних відносин та громадського здоров'я. Медицина в державі є частиною системи соціального захисту.

Установи, надають різні види медичних реабілітаційних послуг, відносяться в основному до приватного сектору. Оплата послуг частково (10-15%) здійснюється за рахунок інвалідів, решта суми виплачується за рахунок страхових коштів. З 1945 р. в країні існує система обов'язкового державного медичного страхування. Обов'язковим медичним страхуванням

в країні керує недержавна організація – *Національний інститут страхування хвороб та інвалідності*, що входить до складу Міністерства соціальних відносин та громадського здоров'я. Медичне страхування забезпечують 6 компаній.

В Бельгії є хороші невропатологи, які контролюють стан дітей, хворих на ДЦП, направляють їх в реабілітаційні центри, де є можливість пройти курс масажу, лікувальне плавання, навчання ходьбі і життю взагалі. Є реабілітаційні центри, де проводять курс реабілітації для дітей і дорослих. Це коштує дуже дорого, хоча частково оплачується державою та благодійними товариствами. Є товариства допомоги сім'ям з хворими дітьми, які замовляють необхідні інвалідні коляски, пристосування для машин і т.п.

Близько 60% лікарень належить приватним неприбутковим організаціям, переважно релігійним. Приблизно 5% лікарень – власність страхових компаній, решта належать до місцевих департаментів соціального забезпечення або державі.

Список послуг, які можна отримати за обов'язковою страховкою, міститься у єдиному, ретельно деталізованому державному реєстрі, що включає більш ніж 8 тис. пунктів. До списку не входять послуги альтернативної медицини – акупунктура, гомеопатія тощо. Отримавши медичну допомогу, пацієнт оплачує послуги частково або повністю, при цьому страхувальник має відшкодувати йому 3/4 цієї вартості.

В **Ізраїлі** реабілітація дає унікальні результати відновлення здоров'я пацієнтів навіть у найважчих випадках, завдяки високому рівню розвитку медицини в країні, багаторічному досвіду місцевих лікарів і сприятливому клімату, сприяє швидкому одужанню.

Реабілітаційні центри в Ізраїлі розташовані на базі великих профільних клінік, щоб хворий після закінчення гострого періоду захворювання відразу почав отримувати відновлювальне лікування. Великою популярністю користується ізраїльська ортопедична, серцево-судинна, респіраторна, неврологічна реабілітація.

Особливе місце займає дитяча реабілітація, яка особливо показала себе ефективною при дитячому церебральному паралічі. Для відновлювальних заходів використовується найсучасніша апаратура, підготовлений спеціальний медперсонал. Ізраїльські відновлювальні центри примітні ще й тим, що широко використовують унікальні природні ресурси – води і грязі Мертвого моря, гірські мінеральні джерела, природні солярії.

Величезна увага приділяється дитячій реабілітації після перенесених операцій, травм, ДЦП. Для осіб похилого віку існують геріатричні відновлювальні центри, де проводиться також і профілактика гострої серцево-судинної патології. Не випадково тривалість життя в Ізраїлі одна з найвищих у світі. Штат реабілітаційних центрів, в основному, російськомовний. Тому для жителів СНД реабілітація в Ізраїлі найбільш

приваблива. Крім того, ціни на послуги реабілітаційних центрів Ізраїлю значно нижче європейських.

**Медичний центр Sourasky Medical Center** є другою за величиною ізраїльською клінікою, яка об'єднує 3 лікарні:

- **лікарня Іхілов ТОП Клінік** має у своєму складі сучасний кардіологічний реабілітаційний центр, в якому проходять відновлювальний етап лікування хворі, що перенесли інфаркт міокарда, операції на судинах і серці, що страждають хронічними захворюваннями серцево-судинної системи та органів кровообігу. Комплекс медичних процедур спрямований на відновлення серцевої діяльності, кровообігу, підвищення стійкості організму до емоційних і фізичних навантажень для попередження ускладнень і рецидивів захворювань. Програма реабілітації кожного пацієнта складена так, що залишається час для відпочинку, прогулянок та екскурсій;

- **реабілітаційний центр Palace Medical (м.Тель-Авів)** пропонує комплекс відновлювальних медичних процедур пацієнтам після хірургічних, ортопедичних і артроскопічних операцій. У центрі пацієнти можуть пройти контрольне обстеження після раніше проведених операцій для виявлення рецидивів захворювання і складання індивідуальної програми пізнього післяопераційного відновлення. Комплексні програми реабілітації дають можливість пацієнтам вирішити проблеми здоров'я в декількох напрямках одночасно: неврологічну, кардіологічну та ортопедичну.

**Курорт Dead Sea Clinic («Мертве море»)** знаходиться на березі Мертвого моря і є центром унікального лікування при цілому ряді захворювань. У клініці для кожного пацієнта розробляється індивідуальна програма процедур з урахуванням його стану, перебігу захворювання, результатів аналізів і висновку лікуючих лікарів. Програми курортологічного лікування розраховані виходячи з умови постійного перебування пацієнта на курорті «Мертве море». Унікальний клімат узбережжя Мертвого моря є оптимальним середовищем для респіраторної реабілітації пацієнтів, які пройшли лікування захворювань легенів і ЛОР-органів, які перенесли операції на легенях і на ЛОР-органах. Програма респіраторної реабілітації спрямована на очищення бронхів, збільшення дихального обсягу легень, на усунення легеневої недостатності.

**Фінансування** системи охорони здоров'я в державі ґрунтується на державному медичному страхуванні (ДМС), яке здійснюється у формі податку. Приватне медичне страхування є додатковим та необов'язковим. Воно охоплює види медичного обслуговування, що не входять до переліку послуг, які оплачуються системою ДМС. Усі питання, пов'язані з оплатою медичного обслуговування у рамках ДМС, контролюють 4 лікарняні каси, які не є державними, але знаходяться під суворим контролем Міністерства охорони здоров'я. У розпорядженні кожної лікарняної каси знаходяться: поліклініки, аптеки, діагностичні центри, жіночі та дитячі консультації, пункти невідкладної допомоги, спеціалізовані клініки, центри альтернативної медицини, геріатричні заклади та психіатричні клініки. Санаторні заклади, як

правило, знаходяться у приватній власності, в рамках ДМС лікування на Мертвому морі оплачується лише для хворих на псоріаз.

В Угорщині медичне обслуговування оплачується за рахунок *Фонду медичного страхування*, кошти до якого надходять через Державну податкову службу. Основними постачальниками медичних послуг є місцеві органи влади, яким належить більшість медичних закладів, включаючи лікарні, поліклініки, пункти надання первинної медичної допомоги. Приватний сектор розвинутий слабо. Основне джерело фінансування – обов'язкове державне медичне страхування (ОДМС). Роботодавці відраховують 11%, робітники – 3% прибутку. Внески медико-соціального страхування збирає Міністерство охорони здоров'я. Муніципалітети відповідають за первинну допомогу, регіональна влада – за стаціонарне та спеціалізоване обслуговування. Малозабезпечені та інваліди мають право на соціальну допомогу, включаючи безкоштовні медичні послуги та лікарські засоби. Інваліди отримують первинну соціальну допомогу на дому та спеціалізовану соціальну допомогу, яка надається у медико-соціальних закладах. До послуг первинної соціальної допомоги належать доставка продуктів, допомога по господарству. Соціальні заклади обслуговують людей похилого віку, осіб з фізичною та психічною інвалідністю, наркотично залежних та бездомних. Їм надається тривалий догляд в інтернатах та вдома людей похилого віку, реабілітація, допомога у денних стаціонарах та інтернатах нетривалого перебування. Особливий вид соціального закладу представляє комунальний інтернат, в якому живуть інваліди (зазвичай від 8 до 14 чоловік) внаслідок соматичного або психічного захворювання, здатні хоча б частково обслуговувати себе. Залучення приватних закладів на договірній основі у секторі соціальної допомоги практикується ширше, ніж в охороні здоров'я в цілому.

***Угорський національний інститут медичної реабілітації (м. Будапешт)*** є всесвітньо відомим лікувально-реабілітаційним комплексом, якому немає аналогів у всій Угорщині. Він входить в список EUROPE'S 500, як одна з медичних установ, що найбільш динамічно розвивається, і працює за активної підтримки Європейського Союзу.

Інститут оснащений новітнім медичним обладнанням, а його територія спланована таким чином, щоб повністю задовольнити вимоги людини з обмеженими можливостями. Відновлювальне лікування пацієнтів проводиться за індивідуально складеними програмами на підставі прогресивних методів реабілітації.

Фахівці установи (кінезіотерапевти, ерготерапевти, логопеди, масажисти, психотерапевти мають великий досвід роботи). Інститут постійно веде наукові роботи з розробки нових ефективних методик відновлення, його напрацювання переймають провідні медичні центри зарубіжжя. Світову популярність Інститут отримав завдяки найвищим досягненням своїх фахівців в області відновного лікування та реабілітації після порушень роботи нервової системи і травм опорно-рухового апарату.

Інститут надає широкий комплекс лікувально-реабілітаційних послуг і має в своєму складі такі відділення як:

- кафедра ортопедії;
- кафедра хірургічної ампутації та реабілітації;
- реабілітаційне відділення;
- відділення відновного лікування пацієнтів з пошкодженням спинного мозку та периферичної нервової системи;
- відділення відновного лікування хворих на геміплегію;
- відділення відновного лікування після хвороб і травм головного мозку;
- відділення реабілітації після хвороб кісток, суглобів, інфекцій;
- відділення відновного лікування опорно-рухового апарату;
- відділення реабілітації онкологічних хворих;
- відділення радіології;
- відділення гідротерапії;
- відділення працетерапії;
- відділення спортотерапії;
- відділення ортопедичної практики.

Кафедра ортопедії і відділення ортопедичної практики, використовуючи сучасні матеріали і компоненти від світових виробників, розробляють індивідуальні протези рук і ніг, а також унікальні допоміжні технічні засоби. За спеціально розробленими програмами здійснюється адаптація пацієнта до протезу і навчання техніці його використання.

В Інституті проводиться ефективне відновлення пацієнтів після таких важких захворювань мозку, як інсульт, анорексія мозку тощо, а також після черепно-мозкових операцій. Фахівці інституту забезпечують ретельний догляд і інтенсивну реабілітацію пацієнтів в комі.

**Реабілітаційний центр «Місія»** (м. Верешедьхаз) здійснює відновне лікування пацієнтів після ряду важких захворювань, серед яких – інсульт, черепно-мозкові травми, порушення опорно-рухового апарату і багато інших. Щорічно в центрі проходять реабілітацію сотні пацієнтів. Реабілітація в центрі доступна не тільки для жителів Угорщини, а й для пацієнтів з інших країн, і проводиться в стаціонарному та амбулаторному режимі.

Реабілітація в центрі здійснюється за індивідуально розробленими програмами. Відновлювальні процедури проводяться висококваліфікованими фахівцями – масажистами, кінезіотерапевтами, ерготерапевтами, логопедами, психотерапевтами. Ретельний догляд за пацієнтами забезпечує спеціально навчений штат молодшого медичного персоналу. Робота з пацієнтами побудована так, щоб хворий брав активну участь у власному одужанні і не відчував вантажу хвороби. Залежно від стану пацієнта все реабілітаційні процедури можуть проводитися індивідуально або в групі.



З метою постійного пошуку нових прогресивних методів відновного лікування ведеться активна співпраця з передовими угорськими та світовими реабілітаційними центрами.

Будівлю центру облаштовано таким чином, щоб забезпечити всі умови для вільного пересування пацієнтів і їх комфортного перебування на час реабілітації. Палати центру обладнані всім необхідним для тривалого перебування хворих.

Відновлювальне лікування при *порушеннях опорно-рухового апарату* включає в себе такі напрямки як: фізіотерапія, лікувальна гімнастика, школа ходьби, зміцнення верхньої кінцівки, масаж, гідротерапія, ерготерапія.

Реабілітація після *черепно-мозкової травми* ґрунтується на таких процедурах: активна і пасивна гімнастика, підготовка до ходьби, заняття з відновлення мови з логопедом, нейропсихологічне тестування і навчання, гідротерапія (підводний масаж струменем), масаж.

Ще одним важливим аспектом діяльності реабілітаційного центру «Місія» є адаптація пацієнтів до нових умов життєдіяльності при отриманні інвалідності. Пацієнти вчать самостійно виконувати різні побутові завдання, справлятися з інвалідністю як фізично, так і психологічно.

**Інститут ім. проф. А. Петьо (м. Будапешт)** є єдиною у своєму роді установою, яка застосовує унікальну кондуктивну педагогіку і відновну рухову терапію в лікуванні та реабілітації дітей, що мають порушення в роботі опорно-рухової системи, у тому числі з дитячим церебральним паралічем (ДЦП). Сюди щорічно направляються на лікування безліч дітей з усіх країн світу. Програми, розроблені в Інституті, спрямовані на вирішення завдань гармонійного, цілісного і взаємозалежного розвитку та відновлення моторних функцій дитини, її здібностей до пізнання навколишнього світу, формування повноцінних емоційних реакцій і соціальних вмінь на побутовому та інтелектуальному рівні.

Кондуктивна педагогіка забезпечує інтегрований розвиток дитини відповідно до її віку і дає чималі успіхи завдяки впливу на всі функції пацієнта з порушеннями моторики. Метою кондуктивної педагогіки є всебічний розвиток фізичних і особистісних характеристик дитини за допомогою активних занять. Для цього фахівці Інституту розробляють для кожної дитини комплексну програму, яка в залежності від віку пацієнта буде відображати всі аспекти способу і ритму життя здорової дитини при задоволенні всіх його фізичних, психічних і соціальних потреб. Характерною особливістю кондуктивної педагогіки є проведення практично всіх занять в групі. Програми кондуктивної педагогіки навчають дитину ще й навичкам самообслуговування, розвивають мовні функції і позитивно впливають на розумовий розвиток.

Інститут вже більше 10 років має відділення, що займається лікуванням іноземних (насамперед, російськомовних) пацієнтів з порушеннями опорно-рухового апарату. Є одним з численних медичних

центрів Угорщини, який займається лікуванням та реабілітацією пацієнтів з країн СНД. Реабілітація за кордоном, в угорських реабілітаційних центрах, проводиться за всіма можливими напрямками, серед яких:

- реабілітація після аварії;
- реабілітація після черепно-мозкових травм;
- реабілітація після травми хребта і спинного мозку;
- реабілітація після травм;
- реабілітація після переломів особливої тяжкості;
- протезування кінцівок;
- ампутація кінцівок.

У **Польщі** перша програма реабілітації з'явилася в 1969 р. Згідно з цією програмою у всіх воєводствах були створені реабілітаційні консультації, в рамках районних і міських об'єднань охорони здоров'я – *стаціонарні і амбулаторні реабілітаційні відділення*. У великих воєводських містах працюють *воєводські центри реабілітації* на базі поліклінічних і стаціонарних реабілітаційних установ. Кожний лікар дістав можливість застосовувати методи реабілітації для хворих, що їх потребують. На допомогу їм об'єднання охорони здоров'я створили *реабілітаційні групи*, здатні технічно вирішувати питання реабілітації. Ця модель була визнана в 1970 р. ВООЗ достойною наслідування. Центрами, які розвивають і пропагують ідеї реабілітації, стали кафедри і клініки реабілітації в Познані і Варшаві.

З 1975 р. в масштабі Польщі забезпечується спеціалізований нагляд з реабілітації, функціонує національна група експертів по реабілітації, повноважний термін їх діяльності – 4 роки. В 1982 р. організована *реабілітація на дому* спеціальними бригадами. Технічно вирішення цієї проблеми ускладнюється необхідністю спеціальної підготовки лікарського персоналу і колективів, розробки нових технологій, наявності транспорту і ін.

Разом з розвитком центрів реабілітації, що забезпечують реабілітацію окремим групам населення, була запропонована ідея її організації на периферії. Ця модель отримала назву *«community-based-rehabilitation»*, тобто *реабілітація, що ґрунтується на громадськості*. Модель істотно доповнює функціонуючу систему комплексної реабілітації.

Організація реабілітації на комунальному рівні виходить за межі діяльності охорони здоров'я. До її здійснення залучається все місцеве населення, адміністратори, архітектори, сім'ї, народна освіта, транспортні служби, торгівля. Реабілітація повинна бути загальнодоступною і безкоштовною. Спостереження (протягом декількох років) підтвердили обґрунтованість цієї моделі. Для хворих на інфаркт міокарду розроблена *трьохетапна програма реабілітації* (лікарня – санаторій – амбулаторія), ведеться підготовка лікарів по кардіологічній реабілітації. В невеликих установах в реабілітаційний колектив входять фахівець з реабілітації та

фізіотерапевт. Більш великі відділення і служби ведуть всі аспекти комплексної реабілітації.

**Європейська Академія Народної Медицини (оздоровчо-реабілітаційний центр)** (м. Свєбодзіце) спеціалізується на реабілітації хворих з хронічними захворюваннями і геріатричній реабілітації. Пропонує широкий спектр оздоровчо-реабілітаційних послуг, послуг з надання комплексної допомоги у відновленні всього організму при аутоімунних і тих, що раніше вважалися «невиліковними», захворюваннях (системний червоний вовчак, розсіяний склероз, боковий аміотрофічний склероз, хворобах Паркінсона й Альцгеймера, хворобах шлунково-кишкового тракту, бронхів і легенів, нервової системи, ДЦП, ожирінні, гормональних, генетичних, жіночих і чоловічих захворюваннях, безплідді, варикозі і онкологічних захворюваннях). Гармонійно поєднує високу якість послуг і комфортабельне проживання. Працює на основі унікальної авторської методики омолодження організму, яка поєднує в собі всі найефективніші сучасні напрямки народної медицини.

В **Чехії** та **Словаччині** окрім традиційних форм лікування і обслуговування інвалідів в ЦР і відділеннях при лікарнях, функціонує центр комплексної реабілітації у *Північній Моравії*. В цей центр входять інститут соціального забезпечення осіб з фізичними недоліками і клініка реабілітації. При поліклініках або лікарнях існують «станції відновного лікування», куди включений ряд служб для лікування фізіотерапевтичними методами, лікувальною фізкультурою і працетерапією.

З 1980 р. *Інститут народного здоров'я в Братиславі* здійснює програму реабілітації на дому. Створена спеціальна група у складі лікаря і інструктора. Група має транспорт. Подібні заходи проводяться в центрах з населенням близько 60 тис. жителів. В 1980-1985 рр. вдома пройшли першу фазу реабілітації 30094 хворих.

У світовій практиці є досвід створення *центрів медичної реабілітації* (ЦМР) змішаного типу, розрахованих на лікування стаціонарних і амбулаторних хворих.

**Медичний Центр «Аделі»** (курорт Пештяни, Словаччина, біля Братислави) – міжнародний реабілітаційний центр, розташований поблизу джерел унікальної лікувальної сірчаної грязі і термальних вод. Профіль: захворювання опорно-рухового апарату, неврологічні розлади (в першу чергу, з наслідками ушкоджень мозку).

З моменту заснування в 2003 р. в центрі пройшли успішне лікування понад 5000 осіб з більш ніж 20 країн, включаючи Німеччину, Австрію, Швейцарію, Італію, Нідерланди, Чехію, Словаччину, Росію, Україну, Саудівську Аравію, Кувейт, Лівію, Єгипет, Оман, ОАЕ, Іспанію, Великобританію, Туреччину, Румунію, Албанію, Ізраїль, США та Канаду.

Основною перевагою для кожного пацієнта центру є високоінтенсивна, індивідуальна програма терапії і обширне обслуговування. До 5-ти годин щодня 6 днів на тиждень кожен пацієнт проходить терапевтичні процедури

разом зі своєю мультидисциплінарною командою, що складається з лікарів, терапевтів, масажистів, логопедів та інших фахівців. Від 5 до 7 медичних фахівців щодня займаються з кожним пацієнтом.

Основні цілі для кожного пацієнта – поліпшення якості життя та підвищення рівня самостійності, набуття або поліпшення здатності ходити і говорити, а також можливості самостійного догляду за собою, незалежність від рідних і, в ідеальному випадку, повернення до трудової діяльності. Головною метою дитячої реабілітації є уникнення важкої хвороби в майбутньому і підтримка максимально правильного фізіологічного розвитку.

В **Японії** організацією соціального захисту інвалідів займається *Міністерство охорони здоров'я та соціального забезпечення*.

Медична реабілітація проводиться в рамках загальнонаціональних медичних страхових програм.

Законом передбачено, що держава та місцеві органи влади повинні здійснювати заходи з надання розумово та фізично неспроможним особам медичних пільг, необхідних для відновлення їх функцій, а також для навчання.

Затверджений перелік і порядок надання послуг реабілітації, граничні ціни, максимальна річна сума, в межах якої дозволяється надавати послуги.

Реабілітація в Японії вважається дуже важливою складовою лікування.

Правильно проведена реабілітація в післяопераційний період є визначальним фактором в тому, чи повернеться пацієнт до нормальної якості життя.

Незмінний японський принцип «Східна мудрість – західна техніка» дозволяє японцям використовувати традиційні та сучасні техніки на благо пацієнта. На повне відновлення може знадобитися 6 місяців, але набагато важливіше витрачених зусиль буде отриманий ефект.

**Центр «Неврон»** (о. Хоккайдо) надає допомогу в організації екологічного туризму (кінні прогулянки, прогулянки на повітряній кулі, лісотерапія, водолікування, апітерапія, екологічне харчування), діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів з різними складними захворюваннями.

В **Данії** існує мережа державних *центрів реабілітації* інвалідів, кожний з яких обслуговує певну територію. Є *спеціалізовані* та *комплексні* центри реабілітації. Загалом функціонують 12 реабілітаційних центрів.

В **Італії** реабілітаційна медицина в Італії є невід'ємною частиною лікувального процесу і саме від її професійної організації багато в чому залежить кінцевий результат лікування. Створена Міжнародна асоціація відновної медицини. Функціонують 60 реабілітаційних центрів. Реабілітаційні курорти та клініки Італії володіють високоякісними технологіями відновлювальної терапії, високим рівнем технічної оснащеності, яка разом з традиційними методами термального лікування гарантує швидке

відновлення здоров'я.

В **Австралії** *Акт про дискримінацію інвалідів* передбачає, що федеральний уряд, уряди штатів та місцевих органів влади розробляють особливі заходи щодо захисту інвалідів. Служба професійної Співдружності Націй, що функціонує під егідою Департаменту соціального забезпечення, має штат у кількості близько 800 професіональних працівників (лікарі, психологи, спеціалісти по профорієнтації). Вони є відповідальними за спеціалізовані служби по медичній, соціальній, професійній реабілітації і навчанню.

В **Російській Федерації** системоутворюючими документами в галузі медичної реабілітації є: Закон «Про основи охорони здоров'я громадян у Російській Федерації» (2011), де законодавчо визначені заходи медичного обслуговування інвалідів, їх медичної реабілітації та санаторно-курортного лікування, надання медичної допомоги, в т.ч. високотехнологічної, забезпечення медичними виробами, проведення медико-соціальної експертизи; Національний пріоритетний проект «Здоров'я» (з 2006 р.); Порядок надання допомоги з медичної реабілітації, фізіотерапії, лікувальної фізкультури, мануальної терапії, рефлексотерапії, медичної психології; Порядок надання медичної допомоги за профілями; Стандарти надання медичної допомоги.

Медична реабілітація проводиться в рамках *Федеральної базової програми обов'язкового медичного страхування РФ* за рахунок коштів федерального і територіального фондів обов'язкового медичного страхування.

Держава передбачає надання інвалідам кваліфікованої медичної допомоги безкоштовно або на пільгових умовах, а також безкоштовне забезпечення ліками і виробами медичного призначення. Відновне лікування і реконструктивна хірургія повинні здійснюватися за рахунок засобів обов'язкового медичного страхування. Порядок надання різних видів медичної допомоги інвалідам визначений рядом нормативних актів Уряду Російської Федерації.

У реальному житті як одна з серйозних проблем реалізації цих положень є недотримання державної гарантії безкоштовного медичного і пільгового лікарського забезпечення. Через це багато хто позбавлений можливості отримання безкоштовної спеціалізованої допомоги у федеральних медичних центрах, порушуються їх права на безкоштовне або пільгове лікарське забезпечення.

Позитивним моментом в безкоштовному медичному обслуговуванні інвалідів можна рахувати діяльність адміністрації і департаментів охорони здоров'я суб'єктів Федерації по вишукуванню засобів і можливостей в поліпшенні роботи лікувально-профілактичних установ. У ряді районних центрів поліпшений порядок медичного обслуговування населення, реорганізована робота вузьких медичних фахівців в дорослих і дитячих

поліклініках, що дозволяє вести прийом хворих без попереднього запису. В Республіці Башкортостан проведена активна робота по створенню стаціонарних відділень соціально-побутового і медичного обслуговування інвалідів, що потребують цілодобового догляду.

В системі медичної реабілітації інвалідів найважливіше місце займають *центри медико-соціальної реабілітації*. Всього в РФ налічується близько 605 реабілітаційних центрів і відділень. Проблемою є створення обласних реабілітаційних центрів. Станом на 1995 р. в 30 адміністративних територіях Російської Федерації існувало 14 реабілітаційних установ для дорослих інвалідів, з яких 5 здійснювали медичну реабілітацію, 3 – професійну реабілітацію дорослих інвалідів, і 6 – соціальну і медико-соціальну реабілітацію. Види і методи реабілітаційних заходів, здійснюваних в Центрах, визначаються переважним контингентом реабілітантів. Наприклад, інваліди з порушеннями опорно-рухового апарату (ОРА) проходять повний цикл реабілітації, починаючи з хірургічного лікування наслідків травм, захворювань, усунення природжених дефектів ОРА з подальшим відновленням функцій кінцівок, з використанням фізіотерапевтичного лікування, мануальної терапії, ЛФК, масажу та ін. При переважанні осіб з психічними розладами приділяється особлива увага психологічній корекції, профілактиці і своєчасному виявленню соматичних захворювань, загострень і ускладнень хронічних, наданню кваліфікованої спеціалізованої медичної допомоги, медикаментозній терапії тощо; інвалідам із захворюваннями серцево-судинної і дихальної систем – наданню медикаментозної терапії і, як доповнення, використовуються інші методи реабілітаційних заходів.

Одним з етапів процесу медичного забезпечення інвалідів є санаторно-курортне лікування. Розроблений диференційований підхід до використання природних лікувальних чинників з урахуванням специфіки їх дій дозволив провести раціональну медичну спеціалізацію санаторіїв на всій території Російської Федерації. Цьому сприяло надзвичайне багатство і різноманітність природних лікувальних ресурсів і кліматогеографічних умов країни. Проте деякі всесвітньо визнані курорти, наприклад Кавказькі мінеральні води, в даний час зазнають серйозні труднощі через політичні події, високі ціни на пасажирський транспорт, лікування, харчування, скорочення пільгових (сплачених підприємствами, профспілками та ін.) путівок.

За даними Держкомстату Росії на 1 січня 2000 р. мережа санаторно-курортних установ країни склала: 546 санаторіїв для дорослих на 167,3 тис. місць; 529 санаторіїв для дітей на 59 тис. місць; 1288 санаторіїв-профілакторіїв на 122,5 тис. місць; 82 пансіонати з лікуванням – на 26,9 тис. місць; 25 санаторно-оздоровчих таборів цілорічного функціонування на 7,6 тис. місць. Всього: 2470 установ на 383,3 тис. місць. З них санаторно-курортні установи Міністерства охорони здоров'я Російської Федерації складають: 607 санаторіїв на 77,2 тис. місць, включаючи 103 санаторії для дорослих і 504 санаторії для дітей.

Не дивлячись на ці цифри, в цілому ситуація в країні по забезпеченню санаторно-курортними путівками інвалідів і осіб, що страждають на різні захворювання, складна. Інваліди і діти-інваліди мають право на санаторно-курортне лікування відповідно до ІПР на пільгових умовах. В управлінні соціального захисту населення за місцем проживання інвалід, що має потребу в лікуванні, на підставі заяви і медичної довідки ставиться в чергу на отримання путівки. Першочерговим правом на отримання санаторно-курортних путівок користуються інваліди Великої Вітчизняної війни і особи, прирівняні до них по пільгах. Очікування санаторно-курортної путівки інвалідами нерідко розтягується на роки.

Проблема збільшення числа дітей-інвалідів поставила в число національних пріоритетів профілактику дитячої інвалідності і стала основою федеральної програми «Діти-інваліди» (1993). Головною задачею її було підвищення ефективності роботи по попередженню дитячої інвалідності, поліпшення можливостей по комплексній реабілітації дітей-інвалідів. Постановами Уряду РФ були затверджені цільові програми ранньої діагностики інвалідизуючих захворювань, а також методи їх лікування і профілактики важких ускладнень (фенілкетонурії, цукрового діабету, туберкульозу і ін.). У результаті реалізації програм більше 90% новонароджених були обстежені на 2 спадкові захворювання – фенілкетонурію і вроджений гіпотіреоз. Це дозволило щорічно виявляти більше 500 хворих з гіпотіреозом і близько 200 з фенілкетонурією і, таким чином, запобігти їх інвалідності. За рахунок використання сучасних технологій щорічно попереджається народження більше 14 тис. дітей з генетичними і природженими захворюваннями. Рання діагностика слуху дозволяє виявляти щорічно 500 дітей, що страждають на природжену глухоту і проводити їх ранню реабілітацію.

В **Республіці Білорусь** прийняття Закону «Про попередження інвалідності та реабілітації інвалідів» (1994) ознаменувало собою початок нового етапу у вирішенні проблем, пов'язаних з інвалідністю. Була розроблена структурно-функціональна схема служби реабілітації у Республіці Білорусь, основною метою створення якої стало повернення інваліда до праці, у суспільство. Усі ці пропозиції знайшли реальне відображення у Наказі Міністерства охорони здоров'я Республіки Білорусь від 25 січня 1993 р. № 13 «Про створення системи реабілітації хворих та інвалідів в Республіці Білорусь». У відповідності з ним затверджені положення про профільний та спеціалізований центри медичної реабілітації; відділення медичної реабілітації поліклініки та стаціонару; завідувача відділення медичної реабілітації та лікаря-реабілітолога; відділ та сектор медико-соціальної реабілітації та експертизи управління охорони здоров'я облвиконкомів; центр медико-професійної реабілітації обласної лікарні; Раду з медичної та медико-професійної реабілітації хворих та інвалідів; організацію реабілітації у лікувально-профілактичних закладах. Було розпочато формування єдиної системи медичної реабілітації в республіці.

Була прийнята Державна програма по попередженню інвалідності і реабілітації інвалідів на 2006-2010 роки, основною метою якої було зменшення частоти і тяжкості інвалідності, поліпшення якості життя інвалідів, їх соціальна інтеграція в суспільство, а також галузева науково-технічна програма «Медична експертиза і реабілітація» на 2010-2012 роки, направлена на розробку нових експертних підходів, нових реабілітаційних технологій.

В системі Міністерства охорони здоров'я Республіки Білорусь працюють 317 відділень і центрів медичної реабілітації. При районних лікарнях відкриваються центри, відділення, кабінети реабілітації — близько 4,5 тис. місць. Є 156 територіальних центрів соціального обслуговування населення, відділення денного перебування інвалідів.

Підсумовуючи все вищевикладене, заклади, що здійснюють медичну реабілітацію в іноземних державах, можна представити у табл. 1.

Таблиця 1.

Заклади, що здійснюють медичну реабілітацію в іноземних державах

<b>Австрія</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• реабілітаційні клініки</li> </ul>
<b>Велика Британія</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• елементи реабілітації впроваджені в діяльність всіх лікарень (законодавчо);</li> <li>• спеціалізовані та комплексні центри реабілітації (27);</li> <li>• реабілітація інвалідів на дому</li> </ul>
<b>Нідерланди</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• реабілітація на дому (по можливості);</li> <li>• госпіталізація у лікарні (2 тижні), подальша реабілітація – у реабілітаційному центрі (до 5 місяців) із навчанням першим життєво необхідним навичкам; вдома – етап ресоціалізації</li> </ul>
<b>Данія</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• мережа спеціалізованих та комплексних центрів реабілітації інвалідів (12), кожний – обслуговує певну територію</li> </ul>
<b>Індія</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• медична реабілітаційна допомога населенню – в рамках первинної медико-санітарної допомоги</li> </ul>
<b>Німеччина</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• загалом – більше 100 установ, зайнятих реабілітацією інвалідів;</li> <li>• стаціонарні: реабілітаційні клініки, реабілітаційні центри (19); реабілітаційні відділення, відділення великих лікарень;</li> <li>• амбулаторні: денні клініки; денні профілакторії і лікарні для хворих та інвалідів, що не потребують безперервного добового нагляду;</li> <li>• санаторно-курортні організації;</li> <li>• спеціалізовані медичні центри за місцем проживання (200)</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>– рання реабілітація інвалідів з використанням всіх доступних засобів;</li> <li>• розвинуті структури геріатричної реабілітації</li> </ul>
<b>Польща</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• кафедри і клініки реабілітації (Варшава, Познань);</li> <li>• воєводські центри реабілітації – на базі поліклінічних і стаціонарних реабілітаційних установ;</li> <li>• реабілітаційні консультації – у всіх воєводствах;</li> <li>• стаціонарні і амбулаторні реабілітаційні відділення – при районних і міських об'єднаннях охорони здоров'я;</li> <li>• реабілітаційні групи;</li> <li>• спеціальні бригади для реабілітації вдома;</li> <li>• «реабілітація, що ґрунтується на громадськості» («community-based-rehabilitation») – модель, що ефективно діє на периферії</li> </ul>
<b>РФ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• реабілітаційні центри і відділення (605). Проблемою є створення обласних реабілітаційних центрів</li> </ul>
<b>США</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• стаціонарні реабілітаційні центри (близько 30), переважно, комплексні;</li> <li>• реабілітаційні відділення, відділення великих лікарень;</li> <li>• амбулаторні медичні установи, денні клініки, консультативно-діагностичні центри;</li> <li>• денні реабілітаційні лікарні;</li> <li>• геріатричні центри реабілітації</li> </ul>
<b>Фінляндія</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• підрозділи реабілітації у складі центрів охорони здоров'я</li> </ul>
<b>Чехія та Словачія</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• відділення при лікарнях (традиційні форми обслуговування інвалідів);</li> <li>• центри реабілітації (Центр комплексної реабілітації, Північна Моравія);</li> <li>• «станції відновного лікування» (при поліклініках або лікарнях);</li> <li>• Інститут народного здоров'я (м. Братислава);</li> <li>• спеціальні групи, забезпечені транспортом (в центрах з населенням близько 60 тис. жителів) – реабілітація вдома</li> </ul>
<b>Швеція</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• розвинуті структури геріатричної реабілітації</li> </ul>

За формою власності реабілітаційні заклади за кордоном поділяються на: 1) державні; 2) приватні; 3) ті, що фінансуються за рахунок страхових коштів. Особливості організації закладів в різних країнах представлені у табл. 2.

Таблиця 2.

## Особливості організації закладів реабілітації в країнах світу за формою власності

<b>Бельгія</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>переважно, приватні заклади, що надають різні види медичних реабілітаційних послуг. 10-15% оплати послуг – за рахунок інвалідів, решта – за рахунок страхових коштів</li> </ul>
<b>Велика Британія</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>велика доля недержавного сектору в сфері надання інвалідам послуг з медичної та соціальної реабілітації; контроль за витратою коштів на реабілітаційні заходи з боку держави</li> </ul>
<b>Нідерланди</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>зміщення акценту у медичній допомозі інвалідам від підтримки приватних організацій до державної підтримки;</li> </ul>
<b>Данія</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>переважно, державні центри реабілітації інвалідів</li> </ul>
<b>Ізраїль</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>реабілітаційні центри: 1) державні (найбільші); 2) ті, що належать лікарняним касам; 3) ті, що належать приватним компаніям (велика кількість приватних центрів є багатопрофільними лікарнями)</li> </ul>
<b>Німеччина</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>переважно недержавні заклади. Є комплексні центри реабілітації із змішаними джерелами фінансування (Центр комплексної медичної і соціальної реабілітації, м. Фольмарштайн: ортопедична клініка – за кошти держбюджету на охорону здоров'я, відділ професійного навчання з майстернями і гуртожитком – за кошти церкви)</li> </ul>
<b>США</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>державні (в рамках спеціальних урядових програм «MediCare» та «MedicAid») і приватні комплексні центри реабілітації</li> </ul>
<b>Фінляндія</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>лікування та реабілітація здійснюються з фондів страхової медицини; компенсація інвалідам витрат на придбання ТЗР</li> </ul>
<b>Швеція</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>медична допомога і сестринське обслуговування – переважно у веденні муніципалітетів; дотація соціальних і медичних послуг за рахунок муніципальних коштів, лише 9-10% оплати – за рахунок інвалідів; проте є і приватні спеціалізовані геріатричні клініки</li> </ul>
<b>Японія</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>медична реабілітація – в рамках загальнонаціональних медичних страхових програм</li> </ul>

З таблиці видно, що у різних країнах перевага надається тій чи іншій формі власності реабілітаційних закладів (в залежності від моделі охорони здоров'я цієї країни). Так, у Бельгії, Британії, США, Німеччині – переважають установи недержавної форми власності (в т.ч. приватні, релігійні тощо), в Голандії, Швеції, Фінляндії, Данії – державні. 9-10% оплати вартості реабілітаційних послуг здійснюється за рахунок інвалідів, інші – за рахунок страхових компаній. В Данії практично всі витрати по реабілітації інвалідів здійснюються за рахунок держави.

## Розділ 2.

### ПОРІВНЯННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УКРАЇНИ ТА РОЗВИНУТИХ КРАЇН СВІТУ. МОЖЛИВІСТЬ ТА ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ МІЖНАРОДНОГО ДОСВІДУ

Безумовно, підходи до визначення поняття «інвалідність» в Україні та розвинутих країнах світу різні.

За статистикою, у країнах, що вийшли з колишнього СРСР, рівень інвалідності складає 4-5%, і цей рівень має тенденцію до циклічного зростання, коли у дію вступають нормативні акти, пов'язані із збільшенням соціальних виплат по інвалідності. Тут максимум можливостей медичної реабілітації складає лише близько 7% зі всього числа інвалідів, тоді як Європейська погоджувальна рада назвала іншу цифру — 80%.

Під інвалідністю у країнах колишнього СРСР розуміють важке захворювання, каліцтво, тоді як в провідних західних державах – обмеження життєдіяльності, тут пріоритети зміщуються у бік соціальної і професійної реабілітації. Тобто, щоб людина перестала бути інвалідом, вона повинна мати нагоду користуватися всім тим, чим користуються здорові люди: вільно переміщатися, діставати освіту, роботу.

Тому перед медициною України, як і усіх держав колишнього СРСР, стоять надзвичайно складні задачі по реабілітації інвалідів.

Проте, незважаючи на значні відмінності в організації системи медичної реабілітації в Україні та розвинутих країнах світу, системи та реабілітаційні підходи мають багато спільного. Наприклад:

1. *Основна мета реабілітації* – зменшення наявних наслідків захворювання у вигляді обмежень життєдіяльності та максимальна інтеграція хворого в суспільство – є основоположною для як розвинутих країн світу, так і України.

2. *Робота за однаковими міжнародними документами*, зокрема за Міжнародною номенклатурою порушень, обмежень життєдіяльності та соціальної недостатності (ICIDH), і орієнтація медичної реабілітації на усунення або зменшення порушень в участі хворого в активному житті суспільства вимагає, щоб у процесі реабілітації крім медиків брали активну участь психологи, педагоги, соціальні працівники, профконсультанти та інші фахівці.

3. *Основні принципи реабілітації*, які застосовуються в Україні (ранній початок, послідовність, наступність, комплексність, індивідуалізація), практично збігаються з аналогічними принципами в розвинутих країнах світу. Фахівці страхових компаній (не лікарі!) там вважають, що реабілітація повинна починатися вчасно: при мозковому інсульті вона повинна

проводитися в перші години, після операцій на серці якомога раніше потрібно переходити до рухової активності.

4. *Відсутність стрункої системи оцінки ефекту реабілітації* або окремих показників є негативною стороною іноземної моделі реабілітації, так само, як і в Україні. Фахівці, що займаються медичною реабілітацією, повинні уточнювати і визначати, наскільки використовувані ними способи і методи придатні для досягнення цілей у конкретного пацієнта; іноді вони перевіряють, який ефект отриманий від проведених реабілітаційних заходів. При цьому враховується ступінь обмеження участі реабілітанта в активному житті суспільства до і після реабілітації.

5. *Відбір на реабілітацію* проводиться приблизно за однаковими критеріями, хоча технологія направлення на реабілітацію істотно відрізняється. Концепція медичної реабілітації розвинутих країн світу передбачає, що на реабілітацію повинні направлятися хворі при загрозі зниження або при зниженій працездатності для її значного поліпшення або відновлення за допомогою медичних заходів. Діти повинні спрямовуватися на реабілітацію за наявності захворювань, що призвели або можуть призвести до обмежень їх життєдіяльності. Ці правила аналогічні тим, яких дотримуються в Україні.

6. *Установи, які здійснюють медичну реабілітацію за кордоном*, як і в нашій державі, поділяються на: стаціонарні, амбулаторні, санаторно-курортні.

#### **Недоліки системи медичної реабілітації в Україні:**

- Відсутність чітких концептуальних засад медичної реабілітації.
- Відсутність єдиної системи установ, що надають допомогу з медичної реабілітації.
- Відсутність наступності у заходах з медичної реабілітації на різних етапах.
- Відсутність обґрунтованості вибору методів реабілітації.
- Відсутність даних про ефективність використовуваних методів і програм реабілітації.
- Застарілі програми підготовки кадрів.
- Неефективні моделі організації проведення заходів з медичної реабілітації.
- Недостатнє або непрофільне оснащення реабілітаційних підрозділів.
- Відсутність узгодженості в проведенні експертизи стану пацієнта з органами соціального захисту.
- Існує прикра ситуація, що, хоча в документах реабілітація чітко підрозділяється на фази — медичну, професійну, соціальну і трудову, на

практиці все зводиться до медицини. Проте, не справа лікарів – вирішувати проблеми соціальної, а тим більше, професійної, адаптації людини в суспільстві. Потрібно активізувати питання соціальної, професійної реабілітації.

### **Можливість та доцільність застосування міжнародного досвіду в Україні**

Проаналізувавши досвід іноземних держав у сфері реабілітації інвалідів, можна зробити висновки про доцільність використання його в Україні за наступними напрямками:

- розробка і затвердження Концепції медичної реабілітації громадян України;
- створення єдиної державної інформаційної системи маршрутизації і контролю ефективності реабілітаційних заходів за профілем наданої допомоги;
- спільний контроль Міністерств охорони здоров'я та соціальної політики за питаннями визначення можливих витрат і реального виділення коштів на здійснення реабілітаційних заходів;
- розробка та запровадження науково обґрунтованих критеріїв відбору на різні етапи реабілітаційного процесу (стаціонарний, амбулаторно-поліклінічний, санаторний, домашній). Це дозволить охопити етапною реабілітаційною допомогою осіб, найбільш перспективних для її ефективного проведення, з метою повернення до трудової діяльності;
- розробка протоколів медичної реабілітації на всіх етапах реабілітаційного процесу у хворих та інвалідів з вісцерально-метаболічними, статико-динамічними і сенсорними порушеннями;
- наукове обґрунтування рекомендацій з оцінки ефективності реабілітаційних заходів на стаціонарному, амбулаторно-поліклінічному, домашньому та санаторному етапах;
- розробка критеріїв оцінки ефективності і прогнозування результатів медичної реабілітації у хворих та інвалідів з основною важкою патологією; впровадження нових технологій реабілітації та моніторингу її ефективності; використання шкал спеціальних опитувальників для оцінки ефективності реабілітації; територіальні міжрайонні підрозділи МСЕ повинні не тільки проводити динамічний нагляд за виконанням розписаних інваліду реабілітаційних заходів, але і цілеспрямовано контролювати їх ефективність;
- розробка методичних основ і створення нових технологій реабілітації хворих та інвалідів після складних оперативних втручань (операції на серці та судинах, пересадка органів, нейрохірургічні операції тощо);

- розробка технології реабілітації хворих на санаторно-курортному етапі, в тому числі переліки показань до санаторно-курортного лікування в залежності від форми, стадії і ступеня тяжкості захворювань і протоколи санаторно-курортного лікування відповідно до профілю санаторіїв, а також розробку стандартів оснащення санаторно-курортних установ з урахуванням реорганізації санаторіїв в установи реабілітаційного типу;
- розвиток системи спеціалізованих та комплексних центрів реабілітації на основі економічної доцільності об'єднання лікарень, будинків по догляду та інших закладів та під контролем їх окупності;
- організація, оснащення, підготовка кадрів для міжрегіональних багатопрофільних реабілітаційних Центрів;
- максимальне наближення реабілітаційного сектору до життєвого середовища інвалідів; організація медичних центрів реабілітації за місцем проживання, реабілітаційних клінік – в курортних зонах; по можливості, здійснення заходів реабілітації на дому; надання переваги, по можливості, амбулаторному способу реабілітації; впровадження досвіду організації реабілітації вдома спеціальними бригадами; ведення патронажу за місцем проживання інвалідів (патронажні реабілітологи);
- використання досвіду провідних країнах світу по роботі денних профілакторіїв і лікарень для хворих з хронічними захворюваннями і інвалідів, що не потребують безперервного добового нагляду для впровадження в практику охорони здоров'я нашої держави;
- впровадження мультидисциплінарних реабілітаційних бригад; застосування при проведенні реабілітаційних заходів *командного підходу* із включенням до бригади наступних спеціалістів: лікар (фахівець в області реабілітації і фізичної культури); мед. сестра; фізіотерапевт; психолог; фахівець з працетерапії; фахівець з професійної орієнтації; соціолог; фахівець з комунікації; протезист; дієтолог; використання послуг особливих видів спеціалістів – окупаціональних терапевтів та сестер-менеджерів; створення *реабілітаційних груп*, здатних технічно вирішувати питання реабілітації;
- широке впровадження елементів реабілітації в діяльність всіх звичайних лікарень; надання медичної реабілітаційної допомоги вже в рамках первинної медико-санітарної допомоги; організація відділень реабілітації в медичних об'єднаннях амбулаторної допомоги та санаторіях; організація відділень реабілітації при багатопрофільних стаціонарних медичних об'єднаннях відповідно до ліцензії по реабілітаційній допомозі; організація роботи з медичної реабілітації у відділеннях реанімації, спеціалізованих відділеннях за профілем наданої допомоги;
- введення в штат реабілітаційного колективу в невеликих установах посад фахівця з реабілітації та фізіотерапевта; здійснення більш великими відділеннями і службами усіх аспектів комплексної реабілітації (в т.ч. і психологічної);

- приділення особливої уваги заходам раннього виявлення хвороби та ранньої реабілітації для профілактики обмежень життєдіяльності внаслідок захворювання;
- використання всіх доступних засобів для максимально можливого залучення інвалідів в повноцінне життя суспільства, усунення або зменшення наслідків захворювання.
- створення оптимальних функціонуючих структур геріатричної реабілітації;
- розвиток і пропагування ідей реабілітації кафедрами і клініками реабілітації при навчальних та науково-дослідних медичних установах;
- підвищення професійної кваліфікації фахівців з медичної реабілітації;
- організація та проведення науково-практичних конференцій і семінарів регіонального, міжрегіонального та республіканського рівнів з питань медичної реабілітації;
- організація та проведення інформаційно-просвітницьких програм для населення з використанням засобів масової інформації.



## ЗАКЛЮЧЕННЯ

Вивчення організаційно-правових основ медичної реабілітації в низці провідних країн світу дозволило зробити висновок, що форми організації реабілітації в різних державах різні, але цілі і задачі, що стоять перед ними, одні й ті ж. Знання досвіду інших країн дозволяє врахувати успіхи і прорахунки, щоб уникнути власних помилок.

Україна приєдналася до Міжнародної конвенції про права інвалідів. За останні роки у вирішенні проблем інвалідів зроблено дуже багато. У нас прийняті закони про соціальний захист, про реабілітацію інвалідів та інші. Вони витримані у дусі вимог ООН, пройшли там узгодження. Але серйозних питань залишається чимало. До того, щоб стати країною рівних можливостей, нашій державі ще дуже далеко. На це підуть роки роботи, спрямованої на те, щоб інваліди могли самостійно справлятися з повсякденним життям. Радує те, що громадськість нарешті звернула увагу на ці проблеми.

Сьогодні назріла нагальна потреба у реформуванні системи медико-соціальної реабілітації інвалідів, базуючись на найкращому міжнародному досвіді, де сучасна концепція інвалідності набула чіткої реабілітаційної спрямованості. Дієвості, максимальної корисності і економічності проведених перетворень відводиться перше місце. У цьому зв'язку багаторічний досвід зарубіжних колег може стати платформою для організації якісної та економічно ефективною системи допомоги особам, які мають обмеження життєдіяльності та здоров'я.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Ahlgren A., Broman L., Bergroth A., Ekholm Ja. Disability pension despite vocational rehabilitation? A study from six social insurance offices of a county // International Journal of Rehabilitation Research. 28(1):33-42, March, 2005.
2. Andries F., Kremer A., Hoogendoorn W., Wevers C., van Putten D. Working with a chronic disorder-the development of the Work and Handicap Questionnaire // The International Journal of Rehabilitation Research. – 2004, March. – 27(1):37-44.
3. Andrews Emily S. How Should Disability Benefits Be Structured?
4. Disability Employment Policy. – Social Protection Discussion Paper by Daniel Mont. – July, 2004.
5. The Right to Decent Work of Persons with Disabilities. – International Labour Organization. – Working Paper, 2003.
6. Transforming Disability into Ability: Policies to Promote Work and Income Security for Disabled People. – OECD Report. – February, 2003.
7. 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.
8. Аникеева Т.А., Бронников В.А., Мавликаева Ю.А. Экспериментально-организационная модель взаимодействия службы медико-социальной экспертизы и реабилитационных учреждений в условиях административной реформы (на примере Пермского края) // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2007. – № 1. – С. 8-10.
9. Белова А.Н., Григорьева В.Н. Амбулаторная реабилитация неврологических больных. – М.: Антидор, 1997. – 216 с.
10. Бюллетень Социальной Политики (Social Policy Highlight) Международная ассоциация социального обеспечения. – Июль, 2006 (№ 2). – Ред. русской версии: Д. Карасев.
11. В Эстонии самое большое количество инвалидов в ЕС // <http://www.rosbalt.ru/2008/07/15/504075.html> / 15.07.2008.
12. Вальчук Э.А. Роль и место медицинской реабилитации в системе медико-санитарной помощи // [http://minzdrav.by/med/docs/journal/St1\\_1995\\_1.doc](http://minzdrav.by/med/docs/journal/St1_1995_1.doc).
13. Вальчук Э.А., Ильницкий А.Н. Современное состояние медицинской реабилитации в республике Беларусь // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2000. – № 1. – С. 48-52.

14. Васильчиков В.М. Шведский подход к формированию доступной для инвалидов среды жизнедеятельности // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2000. – №1. – С.14-16.
15. Васильчиков В.М., Чикарина Л.Я. Социальная и медико-социальная помощь пожилым людям в Швеции: вопросы ухода и реабилитации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2000. – №3. – С.30-34.
16. Великобритания теряет из-за больничных 16 миллиардов фунтов в год // <http://www.lenta.ru/news/2008/05/19/sicknote>.
17. Веселкова Е.Г. К вопросу о правовом статусе системы медико-социальной экспертизы // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2007. – №1. – С.52-56.
18. 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.
19. Григорьева Ольга. ...А группу инвалидности определит комиссия // Минский курьер. – 07.04.2008.
20. Гусарова Г.И. Система медико-социальной реабилитации детей в Самарской области // Пробл. управления здравоохран. – 2002. – № 2(3). – С. 63-65.
21. Декларація ООН про права інвалідів (резолюція 3447 Генеральної Асамблеї ООН від 09.12.75).
22. Доклад руководителя ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы Федерального медико-биологического агентства» Сергея Козлова на Всероссийском совещании по социальной поддержке инвалидов, 4 июня 2008 г. (Москва).
23. Захаренков В.В. Организационно-функциональная модель системы отбора и формирования групп инвалидов для медико-социальной реабилитации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2003. – №4. – С. 10-12.
24. Ильницкий А.Н. О этапности в медицинской реабилитации больных терапевтического профиля // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2002. – № 2. – С. 36-38.
25. Исанова В.А. Современные представления о реабилитации и ее проблемы в России // Медицинская реабилитация – 2006. – № 1 (5). – С. 11-15.
26. Інформація про слухання в Комітеті Верховної Ради на тему: «Дотримання прав людей з інвалідністю в Україні», 11 червня 2008 року // <http://www.un.org.ua/ua/news/2008-06-11-2>.

27. Іпатов А.В., Коробкин Ю.І., Жолоб О.А., Мороз О.М., Голик В.А. Медико-соціальна підтримка інвалідів в деяких країнах // Сучасні проблеми реабілітації інвалідів: Матеріали всеукраїнської НПК Українського державного НДІ реабілітації інвалідів. – Вінниця, 2007. – 264 с. – с. 121-127.
28. Кавокин С. Реанимация реабилитации: Об некоторых вопросах реформирования системы комплексной реабилитации инвалидов и изменения системы финансирования реабилитационных услуг // <http://index.org.ru/journal/28/kavok.html>.
29. Карлов В.А. VIII Всемирный конгресс Международной ассоциации реабилитационной медицины (информация) // Журн. невр. и психиатрии им. Корсакова. – 1998. – № 9. – с. 66-67.
30. Колесников Б.Л., Редина О.С. Организация медицинской реабилитации больных и инвалидов в Оренбургской области // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2008. – №1. – С. 6-8.
31. Курманова Л.В. Опыт зарубежных стран в развитии здравоохранения в условиях рынка (проблемы финансирования) // Пробл. управления здравоохр. – 2003. – № 2. – С. 34-38.
32. Куценко Я., Вовченко А., Зинченко В. Лучшие клиники мира: Общесоматическая и ортопедическая региональная больница Штольцальпе // Doctor. – 2005. – № 1. – С. 74-79.
33. 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.
34. Марчук Г., Тизел Р. Некоторые аспекты реабилитации больных в Канаде и США // Лікарська справа. – 1998. – № 3. – С. 150-152.
35. Медична та соціальна реабілітація: Навчальний посібник / За заг. ред. І.Р. Мисули, Л.О. Вакуленко. – Тернопіль: ТДМУ, 2005. – 402 с.
36. Назарова Т.А., Дымочка М.А., Садретдинова Р.М., Пирожкова Т.А. Организационные аспекты деятельности учреждений медико-социальной экспертизы на современном этапе // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2006. – №1. – С.9-11.
37. Наказ МОЗ України від 18.06. 2007 р. № 336 “Щодо реалізації Державної програми розвитку системи реабілітації та трудової зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями, психічними захворюваннями та розумовою відсталістю на період до 2011 року” (затвердженої Постановою Кабінету Міністрів України від 12 травня 2007 р. № 716).
38. Новиков М., Котова С. Сравнительный анализ государственной политики Российской Федерации и ведущих мировых стран в области

поддержки доходов и обеспечения социальных выплат людям с инвалидностью // <http://rabota.perspektiva-inva.ru/index.php?id=474>.

39. Олькова Н.В. Совершенствование деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2006. – №1. – С.19-21.
40. Перспективы развития восстановительной медицины в Санкт-Петербурге (Извлечение из метод. рекоменд. «Организация реабилитации больных в амбулаторно-поликлинических центрах») // Мед. реабилитация. – 2006. – № 1(5). – С. 4-10.
41. Право на труд людей с инвалидностью, международные стандарты и их реализация в России / Доклад юриста АНО «Центр социально-трудовых прав» Гвоздицких А.В. // Межрегиональная НПК «Опыт и инновации в решении проблем трудоустройства людей с инвалидностью», 15 июня 2006 г., Конференц-зал Правительства г. Москвы.
42. Пузин С.Н., Лаврова Д.И., Андреева О.С. и др. Состояние и перспективы развития государственной службы медико-социальной реабилитации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2004. – № 3. – С. 3-5.
43. Романюк А., Джулай Д. Лучшие клиники мира: Клиника Макса Грундига // Doctor. – 2004. – № 2. – С. 80-93.
44. Российско-финский семинар «Реабилитация пациентов в кардиологии и неврологии. Роль медицинской сестры» // <http://edu.znate.ru/docs/887/index-64672.html>.
45. Рудис Арно. Вернуть к полноценной жизни // Молодежь Эстонии. – 08.01.2009.
46. Свистунова Е.Г. Законодательство в сфере социальной защиты и реабилитации инвалидов за рубежом // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2002. – № 1. – С. 39-43.
47. Смычѐк В.Б. Организация медицинской реабилитации в Федеративной Республике Германия // Медицинские новости. – 2004. – №9. – С. 48-51.
48. Смычѐк В.Б. Реабилитация больных и инвалидов / В.Б. Смычѐк. – М.: Мед. лит., 2009. – 560 с.; ил.
49. Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів (прийняті Генеральною Асамблеєю ООН на її 48 сесії 20 грудня 1993 року (резолюція 48/96)).
50. Суслина З.А., Ощепкова Е.В., Пивоварова В.М. Анализ состояния и перспективы развития в РФ службы реабилитации больных, перенесших инсульт // Атмосфера. Кардиология. – 2005. – № 3. – С. 47-48.

51. Сырникова Б.А. Организационно-функциональная модель регионального реабилитационного центра для инвалидов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2003. – № 4. – С. 13-17.
52. Чепляев В. Система реабилитации и интеграции инвалидов на региональном уровне. – Июнь, 2006 // [www.sid-vd.ru/?id=726](http://www.sid-vd.ru/?id=726).
53. Щепин В.О., Тишук Е.А. Опыт зарубежного здравоохранения: уроки и выводы // Пробл. соц. гигиены. – 2005. – № 5. – С. 43-50.
54. Юнусов Ф.А., Гайгер Г., Микус Э., Манувальд О. Организация медико-социальной реабилитации за рубежом. М., Общероссийский общественный фонд «Социальное развитие России». – 2008. – 332 с.
55. <http://www.infopankki.fi/ru/living-in-finland/health/rehabilitation>
56. <http://kcmeservice.ru/клиники/раздел-реабилитация>
57. [http://v-paris.ru/tours.php?cat\\_id=465](http://v-paris.ru/tours.php?cat_id=465)
58. <https://sites.google.com/site/problemyluddej/opredelenie-reabilitacii>
59. <http://www.365med.ru/ реабилитация>







**Шевчук Віктор Іванович**  
**Беляєва Наталія Миколаївна**  
**Яворовенко Оксана Борисівна**

# **МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ІНВАЛІДІВ ЗА РУБЕЖЕМ**

**Монографія**

*Відповідальний редактор Тетяна Довгалюк*  
*Комп'ютерна верстка Надія Іваниця*

*Здано до складання 16.06.2014 р.*  
*Підписано до друку 23.07.2014 р.*  
*Формат 60x84/16. Папір офсетний*  
*Гарнітура Arial. Друк офсетний*  
*Умовн. друк. арк. 5,58*  
*Наклад 300 прим.*  
*Замовлення № 209*

*Видавець ФОП Рогальська І.О.*  
*м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 145*  
*тел.: (0432) 56-80-80, 50-29-02*  
*e-mail: dilo\_vd@mail.ru*  
*Свідоцтво ДК № 3909 від 02.11.2010 р.*

*Виготовлювач ФОП Рогальська І.О.*  
*м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 145*  
*тел.: (0432) 56-80-80, 50-29-02*  
*e-mail: dilo\_vd@mail.ru*  
*Свідоцтво ВОЗ № 635744 від 01.03.2010 р.*