

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

ФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ТА ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ



Вінниця, 2019

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

**ФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ
МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ
ХВОРИХ ТА ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ**

Вінниця 2019

УДК 616-082.8(056.24)

Ш-37

Колектив авторів:

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

Рецензенти:

академік НАМН України, професор В. М. Коваленко

заслужений діяч науки і техніки України, професор І.С. Зозуля

Формування системи медичної реабілітації хворих та осіб з інвалідністю:

Монографія / В. І. Шевчук, Н. М. Беляєва, О. Б. Яворовенко. – Вінниця:

ФОП Рогальська І. О., 2019. – 205 с.

ISBN 978-617-7556-64-9

В монографії представлені сучасні погляди на систему медичної реабілітації для хворих та осіб з інвалідністю в Україні, ресурси та зміст реабілітаційної допомоги на етапах, інструменти (система управління, стандарти), які дозволяють побудувати систему, перспективи розвитку в світлі реформування охорони здоров'я та рекомендацій міжнародних фахівців.

Видання адресоване управлінським структурам охорони здоров'я областей, лікарям лікувально-профілактичних закладів, медико-соціальних експертних комісій, фахівцям з відновного лікування та реабілітації, громадським організаціям.

УДК 616-082.8(056.24)

ISBN 978-617-7556-64-9

© Шевчук В.І., Беляєва Н.М., Яворовенко О.Б., 2019

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

АПЗ – амбулаторно-поліклінічний заклад
АТ – акціонерне товариство
АТО – антитерористична операція
ВООЗ – Всесвітня Організація Охорони Здоров'я
ГОІ – громадське об'єднання осіб з інвалідністю
ГРТ – голкорексфлексотерапія
ДБН – державні будівельні норми (і правила)
ДП – державне підприємство
ДСТУ – Державні стандарти України
ДСНСУ – Державна служба надзвичайних ситуацій України
ДЦП – дитячий церебральний параліч
ЕКС – електрокардіостимулятор
ЕМГ – електроміографія
ЕТЗ – економічна теорія здоров'я
ЗАТ – закрите акціонерне товариство
ІПР – індивідуальна програма реабілітації
КМС – кістково-м'язова система
КМУ – Кабінет Міністрів України
КРГ – клініко-реабілітаційна група
ЛКК – лікарсько-консультативна комісія
ЛНА на ЧАЕС – ліквідація наслідків аварії на Чорнобильській атомній електростанції
ЛОК – лікувально-оздоровчий комплекс
ЛОР – отоларинголог
ЛПЗ – лікувально-профілактичний заклад
ЛФК – лікувальна фізкультура
МВС – Міністерство внутрішніх справ
МД – медична допомога
МКП – міжнародна класифікація порушень, обмежень життєдіяльності і соціальної недостатності
МКР – модель кінцевих результатів
МКФ – міжнародна класифікація функціонування
МКХ – міжнародна класифікація хвороб
МОЗ – Міністерство охорони здоров'я
МРЦ, МЦР – медичний реабілітаційний центр
МСЕ – медико-соціальна експертиза
МСЕК – медико-соціальна експертна комісія
МТ – медичні технології

МЦР – медичний центр реабілітації
НВО – науково-виробниче об'єднання
НДІ – науково-дослідний інститут
ОДА – обласна державна адміністрація
ООН – Організація Об'єднаних Націй
ОРА – опорно-руховий апарат
ПМСД – первинна медико-санітарна допомога
ПП – приватне підприємство
ПрАТ – приватне акціонерне товариство
РВГ – реовазографія
РЕГ – реоенцефалографія
РП – реабілітаційний потенціал
САН – методика «Самопочуття, Активність, Настрій»
СБУ – служба безпеки України
СКЗ – санаторно-курортний заклад
СКК – санаторно-курортний комплекс
СКРЦ – санаторно-курортний реабілітаційний центр
СОЗ – система охорони здоров'я
ТОВ – товариство з обмеженою відповідальністю
ФАП – фельдшерсько-акушерський пункт
ФРМ – фізична та реабілітаційна медицина
ХНЗЛ – хронічні неспецифічні захворювання легень
ЦБІ – централізований банк (даних з питань) інвалідності
ЦСР – цілі сталого розвитку
ЮНЕСКО – Організація Об'єднаних Націй з питань освіти, науки і культури
ЮНІСЕФ – міжнародна організація (спеціалізована установа) Об'єднаних Націй із захисту прав та інтересів дітей
ЯМД – якість медичної допомоги
НТАІ – громадська організація оцінки технологій охорони здоров'я
ІНАНТА – Міжнародна мережа агентств за оцінкою медичних технологій
ISO – міжнародна організація, метою діяльності якої є ратифікація стандартів, розроблених спільними зусиллями делегатів від різних країн
IWA – система управління якістю медичних послуг
ММРІ – Мінесотський багатоаспектний особистісний опитувальник (англ. Minnesota Multiphasic Personality Inventory)
Р – Закон потреби
W – Закон можливості

ЗМІСТ

	Стор.
ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1. Демографічна ситуація та стан здоров'я населення України	10
1.1. Демографічна ситуація	10
1.2. Стан здоров'я населення України	14
РОЗДІЛ 2. Реабілітація	19
РОЗДІЛ 3. Стан медико-соціальної реабілітації осіб з інвалідністю в сучасних умовах.....	35
РОЗДІЛ 4. Медична реабілітація.....	40
4.1. Визначення термінів.....	40
4.2. Чим відрізняється реабілітація від лікування?.....	45
4.3. Система реабілітації хворих, осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю	49
4.3.1. Стаціонарний (госпітальний) етап медичної реабілітації	54
4.3.2. Санаторно-курортний етап медичної реабілітації	59
4.3.3. Амбулаторно-поліклінічний етап медичної реабілітації	140
РОЗДІЛ 5. Управління системою медичної реабілітації.....	152
5.1. Визначення понять	152
5.2. Потреба населення в реабілітації	163
РОЗДІЛ 6. Стандартизація в медицині.....	168
6.1. Основні принципи стандартизації в охороні здоров'я..	172
6.2. Особливості медичних стандартів	174
6.3. Питання стандартизації в медико-соціальній експертизі та реабілітації осіб з інвалідністю	184
РОЗДІЛ 7. Реформа охорони здоров'я в Україні.....	188
ЛІТЕРАТУРА.....	197

ВСТУП

В останні десятиріччя в багатьох країнах світу надзвичайно зріс інтерес до проблеми реабілітації хворих та осіб з інвалідністю, що обумовлено демографічною ситуацією, збільшенням кількості хронічних захворювань, широким розповсюдженням інвалідності.

Найбільш повне визначення реабілітації дано в резолюції ІХ Народи міністрів охорони здоров'я колишніх соціалістичних країн (Прага, 1967), де зазначено, що «Реабілітація – це система державних, соціально-економічних, медичних, професійних, педагогічних, психологічних і інших заходів, направлених на попередження розвитку патологічних процесів, що призводять до тимчасової або стійкої втрати працездатності, на ефективне і раннє повернення хворих осіб з інвалідністю в суспільство і до суспільно нормальної праці». В цьому визначенні підкреслений державний характер і профілактична спрямованість соціально-економічних заходів, проведення яких має за мету фізичне, морально-психологічне, професійне та соціально-економічне відновлення хворих для повернення їх до продуктивної трудової діяльності.

Актуальними задачами реабілітації ВООЗ вважає:

- розробку інтегративних реабілітаційних програм, що забезпечують взаємозв'язок особи з інвалідністю та її родини із працівниками охорони здоров'я та соціального захисту;
- розвиток реабілітаційних технологій, соціального обладнання для виробничих, громадських та житлових приміщень і транспорту із врахуванням потреб осіб з інвалідністю;
- обґрунтування принципів і розробку методів реабілітації і критеріїв ефективності їх використання;
- внесення в законодавство змін, що збільшують права хворих та осіб з інвалідністю;
- ознайомлення суспільства з проблемами хворих та осіб з інвалідністю з метою кращого порозуміння;

- розробку критеріїв індикаторів «якості життя»;
- удосконалення збору статистичних даних, що стосуються хворих та осіб з інвалідністю, з наступним створенням баз даних на місцевому, державному, міжнародному рівнях;
- удосконалення навчання (загальноосвітнього та професійного) хворих та осіб з інвалідністю;
- організацію роботи з членами сімей хворих та осіб з інвалідністю;
- поліпшення медичної допомоги.

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

За оцінками експертів ВООЗ, ЮНЕСКО, ЮНІСЕФ, чисельність осіб з інвалідністю в світі складає 10% населення. В Україні їх налічується близько 2,7 млн., у тому числі близько 153 тис. дітей.

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

В нашій державі здійснено законодавче та нормативне оформлення медико-соціальної реабілітації осіб з інвалідністю, про що свідчить прийняття Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» (2005 р.), Державної типової програми реабілітації осіб з інвалідністю (2007 р.), Положення про індивідуальну програму реабілітації особи з інвалідністю, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 23 травня 2007

року № 757; Форми ІПР, що видається медико-соціальними експертними комісіями, затвердженої Наказом МОЗ України від 08.10.07 № 623; Державних соціальних нормативів у сфері реабілітації осіб з інвалідністю, затверджених Наказом МОЗ України від 08.02.2008 року № 57.

Проте законодавство стосується лише осіб з інвалідністю і не розповсюджено на все населення України. В останні десятиріччя внаслідок загальної зміни медико-демографічної ситуації, збільшення числа осіб старших вікових груп в структурі населення, зростання захворюваності та частки хронічних хвороб, завдання підвищення ефективності використання ресурсів охорони здоров'я стає все більш актуальним.

Основне завдання охорони здоров'я полягає в тому, щоб забезпечити права усіх громадян на отримання кваліфікованої та доступної медичної допомоги.

Зниження рівня загальної захворюваності можна досягнути підвищенням ефективності лікування за рахунок впровадження заходів по вторинній та третинній профілактиці, що спрямовано на попередження та зниження інвалідності в державі.

В умовах гострого дефіциту фінансових ресурсів в охороні здоров'я перспективним напрямком являється розвиток ресурсозберігаючих технологій, стаціонарозамінюючих форм медичної допомоги, мета яких – покращення якості надання медичної допомоги, особливо в амбулаторних умовах, підвищення економічної ефективності діяльності медичних закладів на основі впровадження сучасних медичних технологій, в т.ч. медичної реабілітації, що дозволить підвищити економічність в охороні здоров'я, покращити показники здоров'я населення, сприяти розвитку профілактики інвалідності та покращенню якості життя хворих та осіб з інвалідністю.

Державна політика України базується на пріоритетності вирішення соціальних проблем суспільства, однією з яких повинна стати реабілітація хворих.

Розпочате реформування охорони здоров'я в Україні та визначення реабілітації хворих осіб як однієї з основних стратегій галузі дозволить підняти якість медичної допомоги населенню на новий рівень.

У зв'язку з цим виникає потреба в організаційно-методичному підході, який дозволяє уточнити поняття, цілі, завдання, етапи медичної реабілітації, структуру реабілітаційних закладів в галузі охорони здоров'я з урахуванням існуючих ресурсів та створити систему медичної реабілітації в державі.

Це може стати одним з напрямків поліпшення якості відновного лікування та реабілітації осіб з інвалідністю та хворих і реалізації ІПР у розділі медичної реабілітації. Для цього потрібна координація зусиль виконавчої влади, управлінь охорони здоров'я ОДА у визначенні можливостей ЛПЗ з відновного лікування та реабілітації хворих та осіб з інвалідністю у залежності від ліжкового фонду, структури амбулаторних закладів, оснащеності, спеціалізації, кваліфікації кадрів, їх організаційної підпорядкованості.

Метою даної роботи є ознайомлення організаторів охорони здоров'я, центрів МСЕ, лікарів-експертів та реабілітологів МСЕК з сучасними організаційно-методичними основами реабілітації, перспективами розвитку системи медичної реабілітації, базою медичних ресурсів відновного лікування та реабілітації в Україні для удосконалення медичної допомоги та реалізації ІПР, покращення обслуговування хворої людини та досягнення кращих кінцевих результатів.

Розділ 1.

ДЕМОГРАФІЧНА СИТУАЦІЯ ТА СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

1.1. Демографічна ситуація

Здоров'я народу є найбільшою суспільною та індивідуальною цінністю, значною мірою впливає на процеси і результати економічного, соціального та культурного розвитку країни, демографічну ситуацію і національну безпеку, є соціальним критерієм благополуччя.

Світові напрацювання в галузі охорони здоров'я і покращення здоров'я населення свідчать, що *здоров'я* – це комплекс соціального, психічного, генетичного та соматичного благополуччя людини зокрема і суспільства в цілому, як єдиного на Землі, що приблизно в рівній мірі (по 25%) впливають на досягнення належного рівня життя.

Головною метою держави в галузі охорони здоров'я є забезпечення умов для досягнення максимальних термінів природної тривалості життя, високої якості духовного і фізичного здоров'я, ефективної репродукції здорової нації. Життя і здоров'я людини – головні, фундаментальні цінності.

Збереження і покращення здоров'я є медико-соціальною проблемою, яка потребує свого оптимального вирішення та досягнення головної мети – продовження тривалості якісного життя людини.

У світі постійно відбувається реформування системи охорони здоров'я, що спричинено різними викликами: міграція людей, старіння населення, поява нових вірусів, інфекцій тощо. Відмінність української медицини в тому, що, попри низку «дорожніх карт» і нормативних актів, написаних в реформуванні галузі, інфаркти з інсультами й досі спричиняють тисячі смертей щороку (66% у структурі смертності), а тривалість нашого життя не збільшується з 1958 року. Нині Україна посідає 148-ме місце у світі за середньою тривалістю життя. За даними соціологів, 92% українців вважають, що медицину треба реформувати, а 72% – незадоволені медичною допомогою [1, 2].

Першочергове завдання – зміна наявних підходів до охорони здоров'я: в умовах суттєво обмежених фінансових ресурсів у державі намагаються ліквідувати наслідки хвороб замість того, щоб запобігати їм. Тому важливим з методологічного і практичного погляду є пошук інноваційних напрямів розвитку: поєднання високої мотивації населення щодо збереження здоров'я з ефективною медичною допомогою.

Стратегія соціально-економічних реформ має передбачати орієнтацію усіх сфер суспільства на створення здорових умов життя, особливо умов праці та поширення здорового способу життя, що є інтегральним показником соціального благополуччя.

Комплекс державних і громадських заходів щодо збереження здоров'я кожного громадянина базується на показниках стану громадського здоров'я, які підлягають динамічному спостереженню та аналізу, зокрема на демографічних показниках.

Демографічні процеси відбуваються більш інерційно, ніж соціальні, менш керовані і можуть розглядатися швидше як фон соціальних трансформацій, ніж як результат.

Оцінка наявних демографічних тенденцій засвідчила, що результатом найновіших демографічних змін принципового характеру (зсувів) є *демографічне старіння*. Старіння – це результат не тільки довготривалих тенденцій, але і бажаного шляху розвитку. Саме зниження народжуваності і смертності – характерні риси розвитку людської цивілізації і прогресу.

В усіх без винятку економічно розвинутих країнах за останні десятиліття різко і абсолютно однаково змінилась вікова структура населення: ріст питомої ваги осіб старшого віку відбувався на фоні стрімкого скорочення частки молодших вікових контингентів і населення працездатного віку.

Аналіз чисельності і складу населення України вказує на те, що у 2013 році, порівняно з 1989 р. (дата останнього Перепису в УРСР), воно зменшилось на 6 млн. осіб, а з 1993 р. – періодом максимальної щільності

населення – на 6,5 мільйонів. Таким чином, демографічні витрати мирного часу зрівнялися із втратами від голодомору (1932 – 1933 рр.) і війни 1941 – 1945 рр. Головною складовою їх стало скорочення найбільш економічно активного населення, в репродуктивному віці. В той же час, триває зростання частки осіб у віці 60 років і старше: від 18,0% у 1989 році до 21,4% в 2013 [3].

За роки незалежності України сталися суттєві демографічні зсуви:

- відсутність характерних для цього періоду кардинальних змін режиму смертності, які спостерігаються в більшості країн Східної Європи;
- формування дуже значимого для демографічного розвитку країни масштабного відтоку населення;
- стрімке демографічне старіння і депопуляція;
- формування територій демографічної деградації.

Смертність населення працездатного віку почала зростати ще в 1960 – 1970-х, коли економічна ситуація була задовільною. А ось зараз, у важкі кризові роки, ситуація покращується – і стандартизовані і загальні показники смертності знижуються протягом 6 років підряд.

Цілеспрямована політика, перш за все, з формування і поширення серед українців стандартів здорового способу життя, дозволить досягнути суттєвого зменшення демографічних втрат серед економічно і репродуктивно активних вікових груп і відповідного зростання тривалості життя населення [4].

Прогноз подальших міграційних тенденцій становить значну проблему. Якщо наступить швидке покращення якості життя, ріст доходів і ємність ринку праці, то можна очікувати скорочення масштабів відтоку населення.

Протягом найближчих 20 років очікується скорочення чисельності населення країни на 3,1 млн., а населення 20 – 59 років – на 4,4 (враховано гіпотезу міграційного притоку 1,3 млн. осіб до 2035 р.).

Практично невинний ріст частки літніх людей (старше 60 років) і старих (старше 75 років), який очікується протягом XXI століття, потребує не тільки адаптації політики, але і зміни громадської психології. Адже «левова»

частина витрат в умовах демографічного старіння неминуче лягає на молодші покоління.

Показники вікової структури, народжуваності, захворюваності та смертності продовжують перебувати за критичними межами, наслідком чого є стійке зниження чисельності населення з такою ж тенденцією і у майбутньому.

Незадовільним є й значення показника очікуваної тривалості життя при народженні, який в Україні становить 71,5 року, що на чотири роки менше гранично критичних 75, встановлених виходячи з сучасних уявлень про нормальну тривалість життя людини.

Ці показники, будучи демографічними, певним чином відображають рівень і якість життя населення в цілому.

Україна належить до країн з високим рівнем постаріння населення: за часткою віком 60 років і старше замикає групу з 25 найстаріших країн світу, у віці понад 65 – входить у тридцятку [5].

В Україні рівень тривалості життя на 15 років нижчий, ніж в Японії, на 14,5 – ніж у Швейцарії, на 14 – ніж в Італії. Розрив у тривалості життя жінок та чоловіків становить 12 років.

Низька народжуваність та пов'язана з нею відсутність самовідтворення населення становить значну проблему для багатьох європейських країн. Проте в Україні це поєднується з різким погіршенням здоров'я населення, у тому числі репродуктивного, високим рівнем смертності, що в розвинутих країнах не спостерігається.

За рівнем народжуваності регіони розподіляються на три групи: депресивні, переважно східні, з надзвичайно низькими (Чернігівська, Луганська, Сумська, Донецька, Черкаська та Харківська області), західні – з відносно високими показниками (Рівненська, Закарпатська, Волинська, Чернівецька, Київська та м. Київ). До третьої групи належать демографічно старі області центру та півночі, із показниками народжуваності та відтворення населення на рівні середньоукраїнських.

Демографічною проблемою є високий рівень смертності, властивий як для міського, так і для сільського населення. За період 2009 – 2012 рр. загальний показник поступово знижувався від 15,3 до 14,5%, у 2013 – 2014 рр. зріс до 14,6 – 14,7%, а у 2015 р. знизився до 13,9. Ці значення надто високі, як для європейської країни.

За причинами смерті у 2015 році перші п'ять місць, як і у попередні роки, посідають такі класи: хвороби системи кровообігу (68,0% від загалу померлих), злякисні новоутворення (13,2%), зовнішні причини смерті (5,8%), хвороби органів травлення (3,8%) і органів дихання (2,3%). Структура смертності у 2015 порівняно з 2010-2014 рр. не зазнала змін.

1.2. Стан здоров'я населення України

За даними доповіді «Світова статистика охорони здоров'я: Моніторинг показників здоров'я у відповідності Цілей сталого розвитку (ЦСР)» (квітень, 2016 р.), досягнуто значних успіхів у скороченні числа випадків невинуватих страждань і передчасної смерті, спричинених хворобами, які піддаються профілактиці і лікуванню. За період з 2000 р. інтегрований показник стану здоров'я – *тривалість життя* – зріс, при одночасному збереженні різниці у стані здоров'я як між країнами, так і в них [1, 3].

Структура поширеності хвороб формувалася переважно за рахунок системи кровообігу (31,0%), органів дихання (19,8%), травлення (9,9%), кістково-м'язової (5,4%), сечостатевої (5,5%) систем, хвороб ока та його додаткового апарату (5,0%), ендокринних хвороб та порушень обміну речовин (4,8%), на які сумарно припадає 80,4%.

Основу структури захворюваності традиційно формують: хвороби органів дихання (44,3%), системи кровообігу (6,9%), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (6,3%), хвороби сечостатевої системи (6,6%), шкіри та підшкірної клітковини (5,7%), хвороби ока та його додаткового апарату (5,0%), кістково-м'язової системи та сполучної тканини (4,6%), органів травлення (4,3%), хвороби ендокринної системи та

обміну (1,5%) та інші. Разом вищезначені класи хвороб склали 85,2% захворюваності серед всього населення України.

Аналіз стану здоров'я населення працездатного віку дає змогу виявити особливості формування здоров'я, які необхідно враховувати при організації його охорони, оскільки збереження трудового потенціалу є необхідною умовою економічного та соціального розвитку країни.

У 2015 році у структурі захворюваності населення працездатного віку домінували хвороби органів дихання (36,0%), хвороби сечостатевої системи (10,0%), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (7,8%), хвороби системи кровообігу (6,6%).

Найбільш поширеною патологією (як і в попередні роки) були хвороби системи кровообігу (24,2%), органів дихання (18,1%), травлення (10,9%), сечостатевої (8,0) і кістково-м'язової системи (5,6%). Найбільшу питому вагу у структурі поширеності хвороб системи кровообігу мають гіпертонічна хвороба (усі форми) – 55,8% та ішемічна хвороба серця – 26,7%.

В структурі захворюваності серед осіб у віці, старшому за працездатний, перші три місця посідають хвороби органів дихання, системи кровообігу, ока та його додаткового апарату; в структурі поширеності захворювань – хвороби системи кровообігу, органів травлення та дихання. У 2015 році на п'ять домінуючих класів у структурі поширеності хвороб серед населення літнього та старечого віку разом припадало 81,3% усієї патології, захворюваності – 66,7%.

Смертність є одним із ключових показників стану здоров'я населення. Її тенденції відображають рівень соціально-економічного благополуччя та обумовлені цілою низкою як медичних (якість, доступність і своєчасність медичної допомоги), так і немедичних чинників (матеріальне становище, стурбованість населення щодо власного здоров'я). Останніми роками рівні смертності серед чоловіків і жінок України дещо знизилися, однак ще залишаються одними з найвищих серед Європейських країн.

У структурі смертності близько 80-85% випадків смертей українців зумовлені трьома основними причинами: хворобами системи кровообігу, новоутвореннями та зовнішніми причинами смерті.

Серед причин смерті дорослого населення нашої країни в 2015 році, як і в попередні роки, перші п'ять місць посідають: хвороби системи кровообігу (68,0% від загалу померлих), новоутворення (13,2%), зовнішні причини (5,8%), хвороби органів травлення (3,8%) і органів дихання (2,3%). Структура причин смерті у 2015 році серед дорослого населення порівняно з 2010 р. не зазнала значних змін, але відрізняється від такої у Європі.

У працездатних осіб структура смертності визначається також найбільшим внеском хвороб системи кровообігу (31,8%), зовнішніх причин (21,4%), а також злякисних новоутворень (18,1%) і травлення (10,5%).

Інвалідність також відображає стан здоров'я населення держави та має розмаїття соціально значущих наслідків.

Первинна інвалідність дорослого населення в 2018 році зросла на 2,8%, порівняно з минулим роком, та склала 44,2 на 10 тис. населення проти 43,0 в 2017 році. В абсолютних числах це складає 138 756 осіб серед дорослого населення у 2018 році (у 2017 р. – 135 674).

У 2018 році загалом в Україні збільшилася кількість первинно визнаних особами з інвалідністю серед дорослого населення, що сталося вперше за останні п'ять років. У шести регіонах України відбулося зменшення первинної інвалідності дорослого населення, що складає майже чверть адміністративних територій. У двох областях показник залишився на попередньому рівні, а в решті адміністративних територій, що складає три четвертих, він зріс.

Щодо розподілу первинної інвалідності дорослого населення за групами інвалідності, то цифри майже ідентичні показникам за попередні роки. Зокрема, як і в 2017 році переважають особи з інвалідністю третьої групи, їх питома вага в 2018 році склала 53,7% (торік – 52,4, в 2016 – 52,5%). Особи з інвалідністю другої групи складають 34,8% (у попередньому році –

35,7, у 2016 р. – 35,6%), першої групи – 11,5% (попередні два роки – 11,9%), у тому числі 4,0% І А групи та 7,5% І Б групи (у 2017 та 2016 рр. ці показники склали відповідно 11,9% та 4,2%; 4,3% та 7,6%).

Рівень первинної інвалідності населення працездатного віку також збільшився на 3,1% та склав 50,3 на 10 тис. населення працездатного віку (в попередні два роки – 48,8). Якщо перевести дані показники в абсолютні числа, то кількість первинно визнаних особами з інвалідністю серед населення працездатного віку склала 112 903 особи (у 2017 р. – 110 820 осіб).

Загалом в Україні, як свідчить аналіз статистичних даних, показники первинної інвалідності населення працездатного віку майже завжди перевищують показники первинної інвалідності серед дорослого населення.

У 8 адміністративних територіях, що складає третину, первинна інвалідність населення працездатного віку, на відміну від решти, навпаки, знизилася.

Щодо розподілу первинної інвалідності населення у працездатному віці за групами інвалідності, то результати майже ідентичні щодо показників дорослого населення та майже не відрізняються від попередніх двох років.

За аналізом результатів у 2018 році серед дорослого населення України перше рангове місце посідають хвороби системи кровообігу – 23,1% (показники 2017, 2016 рр. відповідно – 22,9% та 22,5%), на другому місці новоутворення – 22,6 (у 2017 р. – 22,6%, у 2016 р. – 22,3%), із них злоякісні – 21,5% (у 2017 р. – 21,7%; у 2016 р. – 21,4%), на третьому – хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини – 13,3% (у попередньому році – 12,6%, у 2016 р. – 11,4%).

Серед населення працездатного віку перше місце посідають, як і за торішньою статистичною звітністю, новоутворення – 20,6 (у 2017 р. – 20,9%; у 2016 р. – 20,7%), із них злоякісні – 19,4% (у 2017 р. – 19,9%, у 2016 р. – 19,7%), на другому – хвороби системи кровообігу – 20,5% (у 2017 році – 20,1%, у попередньому році – 19,8%), на третьому – хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини – 14,0% (у 2017 р. – 13,2%, у 2016 –

11,9%). Тобто, в 2018 році третє рангове місце другий рік поспіль посідають хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини, які замінили травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників – 9,8% (у попередньому році – 11,6%, у 2016 – 12,6%). Два останніх звітних роки новоутворення посідають перше місце серед населення у працездатному віці [6].

Оцінюючи демографічну ситуацію, прогноз показників здоров'я населення на майбутнє, а також рівень захворюваності, поширеності хвороб, смертності, інвалідизації, слід зауважити, що соціальну значущість охорони здоров'я в сучасних умовах, а саме – в напрямках посилення профілактики, пропаганди здорового способу життя, якості та ефективності медичних послуг, реабілітаційної спрямованості – важко переоцінити.

Розділ 2.

РЕАБІЛІТАЦІЯ

Об'єктом реабілітації являються особи, які мають стійкі порушення стану здоров'я, обумовлені захворюваннями, наслідками травм, дефектами, внаслідок яких у хворого повністю або частково втрачена здатність до виконання соціальних функцій або має місце реальна загроза їх втрати. При цьому зміни в стані здоров'я можуть бути обумовлені вродженими або набутими патологіями.

Теоретичною основою медичної реабілітації є концепція наслідків хвороб, які проявляються одночасно або послідовно на трьох взаємопов'язаних рівнях: *органному* (морфофункціональні порушення з боку органів та систем), *організменному* (обмеження життєдіяльності – здатності індивідуума до пересування, самообслуговування, орієнтації, спілкуванню, навчання, контролю за своєю поведінкою тощо) і *соціальному* (соціальна недостатність, яка служить підставою для визначення інвалідності – дезадаптації). Концепція наслідків хвороб надає три точки дотику реабілітаційних заходів та три завдання медико-соціальної реабілітації: функціональне, соціально-побутове, професійне відновлення хворих та осіб з інвалідністю. Таким чином, реабілітація спрямована не тільки на вирішення медичних завдань, а і соціально-побутових, професійних, інтеграцію хворого в сім'ю та суспільство [8].

На даний час почалось впровадження в практику охорони здоров'я *Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ)*, яка в значній мірі концептуально доповнила класифікацію 1980 р. Документами, які затверджують її існування на території України, є розпорядження Кабінету Міністрів від 27.12.2017 р. № 1008-р «Про затвердження заходів із впровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків», а також Наказ МОЗ України від 21.12.2018 р. № 2449 «Про

внесення змін до перекладу Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків». МКФ базується на інтеграції двох моделей, медичній та соціальній. Для об'єднання різних сторін функціонування людини використовується біопсихосоціальний підхід. *Мета МКФ* – забезпечити уніфікованою стандартною мовою та визначити межу для описання показників здоров'я і показників, що пов'язані зі здоров'ям. Вона вводить визначення «складові здоров'я». В конкретизації визначення поняття «здоров'я», яке дано ВООЗ, в МКФ приведені стандартні, необхідні для практичного використання «домени здоров'я» і «домени, пов'язані зі здоров'ям». Це практичний і вагомий для характеристики здоров'я набір: 1) взаємопов'язаних фізіологічних функцій анатомічних структур; 2) дій, завдань і сфер життєдіяльності; 3) зовнішніх природних і культурних умов; 4) внутрішніх, індивідуально-психологічних особливостей. МКФ бере початок від класифікації наслідків хвороб (концептуальна позиція ІСІДН – МКП 1980 р.), щоб стати класифікацією «складових здоров'я». Головним призначенням класифікації є дослідження проблем суспільного здоров'я та організації державної системи реабілітаційної допомоги населенню як на популяційному рівні, так і для вирішення проблем індивідуального здоров'я. в т.ч. технологічно складних питань формування і реалізації індивідуальних програм реабілітації осіб з інвалідністю. В інтересах активного подолання негативних змін МКФ зосереджує увагу на тому позитивному, що залишилось і міститься в індивідуально особистих властивостях людини і в оточуючому її соціально-культурному і природному середовищі. Засвоєння цілей концепції МКФ є необхідною умовою на шляху оновлення, удосконалення медико-соціальної експертизи і реабілітації хворих та осіб з інвалідністю [9, 10, 12, 13, 14, 15, 34].

На даний час законодавчі, нормативні, інструктивні документи, а також порядок роботи лікарів, які займаються питаннями медико-соціальної

експертизи та реабілітації, продовжують використовувати МКФ (1980 р.), тому методологія і технологія медико-соціальної реабілітації побудована на цих засадах.

Таким чином, згідно уявлень сьогодення, *реабілітація хворих та осіб з інвалідністю* – це система медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових заходів, спрямованих на надання особам допомоги у відновленні та компенсації порушених або втрачених функцій організму, усуненні обмежень їх життєдіяльності для досягнення і підтримання соціальної і матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в суспільство.

За визначенням М. В. Коробова [25], мета і суть реабілітаційного впливу – відновлення біомедичного статусу, спрямування на відновлення порушених функцій і здоров'я хворих осіб з інвалідністю.

Основні задачі реабілітації:

- прискорення одужання;
- поліпшення результатів лікування травми (хвороби), у тому числі профілактика ускладнень;
- спрямованість всіх реабілітаційних заходів на збереження життя хворого;
- попередження інвалідності або пом'якшення її проявів;
- повернення людини до активного життя, трудової і професійної діяльності;
- повернення в суспільство професійних кадрів;
- значний економічний ефект для суспільства — внесок кадрів, повернених до праці, плюс усунення витрат.

Таким чином, основні задачі реабілітації полягають в тому, щоб зробити хворого або особу з інвалідністю здатним до життя в суспільстві, створити відповідні передумови для залучення його в суспільний трудовий процес, виходячи з того, що трудова діяльність є не тільки необхідною

соціальною умовою повноцінного існування людини, але і, часом, вирішальним чинником лікування.

Основи реабілітації:

- біологічні — властивості організму людини адаптуватися до нових умов в результаті компенсаторно-відновних процесів;
- психічні — прагнення людини до корисності для суспільства, яке виражається у виробничій (професійній) діяльності і в соціально-економічних відносинах;
- морально-етичні – принцип високого гуманізму, моральний ефект для суспільства;
- науково-медичні – розробка, апробація і впровадження сучасних досягнень медичної науки і практики в області відновного і замісного лікування;
- соціально-економічні – корисність для суспільства, обумовлена професійними знаннями, життєвим і виробничим досвідом, а також економічний ефект реабілітації, що значно перекидає необхідні матеріальні витрати для її здійснення. В економічно розвинених країнах підраховано і доведено, що засоби, вкладені в інфраструктуру, адаптовану для нормального життя осіб з інвалідністю, повністю себе виправдовують. При цьому не тільки зменшуються витрати на лікування осіб з інвалідністю і скорочується число людей, вимушених відриватися від основних видів діяльності, доглядаючи за хворими родичами, але і більш ефективно використовується трудовий потенціал самих осіб з інвалідністю, підвищується їх життєвий рівень [8, 9].

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

Принципи реабілітації [26]:

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

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

3. *Методологічні*: обіймають методологію, спрямовану на відновлення чи компенсацію порушених функцій або утрачених здібностей особи з інвалідністю для забезпечення найвищого рівня її життєдіяльності.

Термін «реабілітація» означає як *систему*, так і *процес*, що має на меті допомогти особам з інвалідністю досягти оптимального фізичного, інтелектуального, психічного або соціального рівня діяльності та підтримувати його, надаючи їм спосіб для зміни їхнього життя та розширення меж їхньої незалежності.

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

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

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

За класифікацією Коробова М.В. [25], виділяють наступні ***етапи реабілітації***:

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

2. **Етап соціалізації або ресоціалізації** (відновлення індивідуально-особистісного статусу), спрямований на розвиток, формування, відновлення

або компенсацію соціальних навичок і функцій, звичайних видів життєдіяльності і соціально-ролевих установок осіб з інвалідністю;

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

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

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

На етапі *соціалізації* та *ресоціалізації* основним завданням є відновлення здатності особи з інвалідністю виконувати звичні для неї соціальні функції, пов'язані з самообслуговуванням, самостійним пересуванням, здатністю до навчання, орієнтації, спілкування, контролю своєї поведінки, а також до трудової діяльності. Даний етап здійснюється в осіб з інвалідністю з неповним відновленням порушених функцій, а також в осіб, дезадаптованих у соціальному плані.

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

Спадкоємність полягає в урахуванні кінцевої мети подальшого етапу при проведенні заходів попереднього;

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

У той же час необхідно дотримуватися певної *послідовності* у проведенні реабілітації, що диктується особливостями перебігу

захворювання особи з інвалідністю, можливостями її соціально-середовищного оточення, організаційними аспектами реабілітаційного процесу.

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

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

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

Крім основних принципів реабілітації, при проведенні реабілітаційних заходів у осіб з інвалідністю необхідно дотримуватися принципу **партнерства** – включення самої особи з інвалідністю і членів її сім'ї в лікувально-відновний процес, залучення їх до участі у відновленні тих або інших функцій і соціальних зв'язків.

Основні напрямки реабілітації хворих та осіб з інвалідністю включають:

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

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

Стадії реабілітаційної технології включають [27]:

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

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

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

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

Реабілітаційний прогноз – передбачувана ймовірність реалізації реабілітаційного потенціалу і передбачуваний рівень інтеграції особи з інвалідністю в суспільство. Оцінюється як:

1) *сприятливий* – можливість повного відновлення порушених функцій організму і категорій життєдіяльності, повної інтеграції особи з інвалідністю в суспільство;

2) *відносно сприятливий* – можливість часткового відновлення порушених функцій організму і категорій життєдіяльності, при зменшенні ступеня їх обмежень або стабілізації, при розширенні здатності до інтеграції і переходу від повної до часткової соціальної підтримки;

3) *сумнівний* – невизначений, неясний прогноз;

4) *несприятливий* – неможливість навіть часткового відновлення порушених функцій організму і категорій життєдіяльності і зменшення ступеня їх обмежень.

Клінічний прогноз – прогноз розвитку і результату захворювання, травми, каліцтва, заснований на аналізі клініко-функціональних даних, особливостей етіології, патогенезу і перебігу захворювання, травми, каліцтва, що привело до обмеження життєдіяльності, можливості ефективного лікування.

Клінічний прогноз оцінюється як:

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

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

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

4) *сумнівний* – неясний перебіг хвороби.

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

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

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

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

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

Реабілітаційний потенціал (РП) – комплекс біологічних, психофізіологічних і соціально-психологічних характеристик людини, також факторів соціального середовища, що дозволяють реалізувати її потенційні можливості до реабілітації. *Реабілітаційний потенціал оцінюється як:*

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

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

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

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

У спрощеному варіанті оцінити *реабілітаційний потенціал* хворого можливо шляхом співвіднесення його реабілітаційного діагнозу з тією чи іншою *клініко-реабілітаційною групою (КРГ)*. КРГ об'єднують випадки подібних форм захворювань із приблизно однаковою технологією обстеження та лікування, схожим прогнозом, реабілітаційним потенціалом особи з інвалідністю і стандартами якості реабілітації. Формування КРГ і визначення для них стандартів якості і вартості відновного лікування становить задачу спеціальних наукових розробок. Виділяють 3 *клініко-реабілітаційні групи* [17]:

КРГ-1 – особи з інвалідністю з високим РП, у яких можливе відновлення працездатності. Результат досягається як за рахунок відновлення функцій і критеріїв життєдіяльності, так і за рахунок медико-професійної реабілітації – підбору професії, що рівноцінна втраченій внаслідок захворювання і не має медичних протипоказань до її виконання. Іноді при цьому виникає потреба і у професійній реабілітації – направлення до служби зайнятості для навчання новій професії чи конкретного працевлаштування на робочому місці. Високий РП визначається в осіб з інвалідністю III групи, особливо у тих випадках, в яких основною причиною інвалідності служить втрата кваліфікованої професії при неможливості рівноцінного

працевлаштування, а наслідки хвороби виражені легко і виявляються тільки на рівні органу.

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

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

Приведена класифікація реабілітантів носить універсальний характер та є адекватною для будь-якої інвалідизуючої патології, що дозволяє використовувати її у відділеннях реабілітації широкого профілю. У

спеціалізованих відділеннях і центрах базовий розподіл може бути диференційований на більше число підгруп з урахуванням особливостей об'єкту реабілітації.

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

Реабілітаційний процес включає такі складові (згідно із Законом «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» № 2961-IV від 6 жовтня 2005 року):

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

Відповідно до Державної типової програми реабілітації осіб з інвалідністю можуть здійснюватися такі **види реабілітаційних заходів** щодо осіб з інвалідністю (Закон «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні», ст. 24):

- *медичні*, які передбачають медикаментозне лікування, відновлювальну терапію, реконструктивну хірургію, ендопротезування, забезпечення виробами медичного призначення, протезуванням, ортезуванням;

- *фізичні*, які передбачають відновлення, покращення, стабілізацію, координацію рухових дій, уміння користуватися протезами, ортезами та іншими технічними засобами реабілітації, що покращать самообслуговування, адаптацію особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю в суспільному житті;

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

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

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

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

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

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

Всі реабілітаційні заходи складають єдиний комплекс.

Основними **формами реабілітаційних заходів** є (Закон «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні», ст. 25):

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

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

Реабілітаційні послуги надаються особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю в установах і закладах системи реабілітації, а також у разі потреби за місцем проживання.

Для забезпечення догляду за дорослими та дітьми з важкими формами інвалідності у разі тимчасової відсутності осіб, які доглядають за ними (під час хвороби, відпустки, у вихідні дні), органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування створюють відділення тимчасового перебування осіб з інвалідністю при установах соціального обслуговування, реабілітаційних установах, а також можуть створювати будинки тимчасового перебування осіб з інвалідністю.

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

Технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю (Закон «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні», ст. 26) є:

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

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

Рішення про забезпечення осіб з інвалідністю технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення приймається медико-соціальними експертними комісіями на підставі *медичних показань* і протипоказань, а також *соціальних критеріїв*:

- за *медичними показаннями* встановлюється необхідність надання особі з інвалідністю технічних та інших засобів реабілітації, виробів медичного призначення, що забезпечують компенсацію або усунення стійких обмежень життєдіяльності;

- за *соціальними критеріями* встановлюється необхідність надання особі з інвалідністю технічних та інших засобів реабілітації, виробів медичного призначення для відновлення втрачених або придбання нових професійних знань, навичок та умінь, соціальної адаптації, занять фізичною культурою і спортом, задоволення духовних потреб, дозвілля.

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

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

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

Розділ 3.

СТАН МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Науково-дослідний інститут реабілітації осіб з інвалідністю ВНМУ ім. М. І. Пирогова здійснює моніторинг стану медико-соціальної реабілітації осіб з інвалідністю в Україні з метою удосконалення процесу відновлення життєдіяльності таких осіб [8, 38, 47-49]. В процесі моніторингу виявлено невідповідність між обсягом реабілітаційних заходів, які запропоновані особам з інвалідністю, та результатами їх реалізації. Актуальним, на наш погляд, є визначення проблем, які стоять на шляху покращання процесу реабілітації осіб з інвалідністю.

На основі даних щорічних статистичних форм звітності (форма №14 — Звіт про причини інвалідності, показання до медичної, професійної і соціальної реабілітації, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я (далі — МОЗ) України від 10.07.2007 року № 378) [50], отриманих з 24 обласних центрів медико-соціальної експертизи та м. Києва, представлено аналіз діяльності медико-соціальних експертних комісій (далі — МСЕК) України, результатів перегляду осіб з інвалідністю, якості формування розділів індивідуальної програми реабілітації (далі — ІПР), в т. ч. тих, що стосуються медичної реабілітації, стану їх виконання, аналіз ефективності реабілітації. Для оцінки результатів реабілітації осіб з інвалідністю використовувалися показники повної, часткової та сумарної реабілітації. Дослідження проводилось за період з 2016 по 2018 роки.

Згідно отриманих даних, МСЕК України в 2016 році сформували 510 641 ІПР для осіб з інвалідністю, що склало 97,8% від усіх освідчених на МСЕК, в 2017 і в 2018 році цей показник складає 98,1% та 97,7% - відповідно.

Основною послугою в розділі медичної реабілітації, що призначалася МСЕК особам з інвалідністю, стала відновна терапія, яка полягає у відновленні або поліпшенні якості життя, трудових та соціальних функцій. В

її складі передбачено: медикаментозна терапія, фізіотерапія, логопедична допомога, реабілітаційний режим. Серед рекомендацій, визначених в ІПР особам з інвалідністю в 2016 році, відновна терапія складала 494 995 (96,9% від усіх рекомендацій з медичної реабілітації), у 2017 році – 495 779 (96,86%), у 2018 році – 496 859 (96,75%). Крім відновної терапії, у 2016 році особам з інвалідністю були рекомендовані: реконструктивна хірургія – 11 270 (2,2%), ортезування – 4539 (0,9%); в 2017 році: реконструктивна хірургія – 11 455 (2,24%), ортезування – 4621 (0,90%); в 2018 році – 11 617 (2,26%) та 5 077 (0,99%) – відповідно.

За всі роки спостереження рекомендації з медичної реабілітації здебільшого визначались особам з інвалідністю ІІІ групи (близько 2/3), менше (близько 1/3) – ІІ групи та лише в межах 7,4-7,9% – особам з інвалідністю І групи, хоча ця категорія громадян потребує більшої уваги фахівців МСЕК для більш якісного змісту ІПР та врахування перспектив покращення якості їх життя.

Таким чином, майже 100% осіб з інвалідністю отримували рекомендації з медико-соціальної реабілітації, в тому числі, медичної, з різною питомою вагою послуг в залежності від потреби та груп інвалідності.

Зважаючи на значну увагу держави до реабілітації осіб з інвалідністю, формування для них індивідуальних програм реабілітації є надзвичайно важливою справою. Протягом останніх років службою МСЕК процедура формування ІПР для реабілітації осіб з інвалідністю постійно удосконалювалася. При огляді особи з інвалідністю проводиться експертно-реабілітаційна діагностика, визначаються реабілітаційний потенціал і реабілітаційний прогноз, формується реабілітаційний експертний висновок. Максимально скоротився час формування ІПР, близько 80% з них складаються в день огляду [51].

Для виконання ІПР з метою забезпечення своєчасності, комплексності і безперервності реабілітаційного процесу формується мережа реабілітаційних установ для осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю, що належить як МОЗ

України, так і Міністерству соціальної політики (далі – Мінсоцполітики) України. Слід зауважити, що система реабілітації МОЗ України та її структура знаходиться в стадії формування, офіційного Реєстру закладів реабілітації та їх спрямованості на даний час не існує. Основними надавачами реабілітаційних послуг з медичної реабілітації по МОЗ України на даний час є мережа звичайних стаціонарних та амбулаторних закладів. Більш чітко система реабілітації представлена в системі Мінсоцполітики та органів соціального захисту населення, в сфері управління яких станом на 01.01.2018 р. налічується 153 реабілітаційних установ для осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю. Загальна чисельність отримувачів реабілітаційних послуг склала 23 022 осіб (в т.ч. медичний супровід – 11 889 осіб) [52].

З метою осучаснення надання послуг з реабілітації, забезпечення реабілітації, адаптації осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю, компенсації обмежень життєдіяльності та їх інтеграції в суспільство постановою КМУ від 31.03.2015 № 157 «Про внесення змін до постанови КМУ від 8 грудня 2006 р. № 1686» передбачено удосконалення (без розширення) переліку послуг з медичної, психолого-педагогічної, професійної, трудової, побутової і соціальної реабілітації, технічних та інших засобів реабілітації, виробів медичного призначення, які надаються особі з інвалідністю, дитині з інвалідністю з урахуванням фактичних потреб залежно від віку, статі, виду захворювання безоплатно або на пільгових умовах, а також приведення у відповідність до вимог законодавства переліку надавачів послуг. А наказом Мінсоцполітики України від 09.08.2016 № 855 затверджене Типове положення про центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю.

З 1 січня 2018 року застосовується новий механізм надання послуг з медичної реабілітації працюючих (застрахованих) людей після перенесених ними захворювань і травм, одним з основних моментів якого є запровадження адресності в отриманні застрахованими громадянами якісного реабілітаційного лікування у санаторних закладах [53, 54]. У 2016 році санаторно-курортне лікування запропоновано в ІПР 206 674 (40,47%) особам

з інвалідністю, в 2017 – 216 723 (42,3%), в 2018 – 215 645 (42,0%) особам. Надати оцінку стану та динаміки медичної реабілітації осіб з інвалідністю можна на підставі аналізу їх виконання. Так, в 2016 році повністю виконаними рекомендації МСЕК були в 39,4% випадків, в 2017 році – в 44,38%, в 2018 – в 43,96%, тобто впродовж останніх 3-х років спостерігалось коливання показника, але позитивного динамічного процесу не відмічено, що може бути пов'язано з якістю надання реабілітаційних послуг в закладах, де вони здійснювались, недосконалою інформаційною роботою МСЕК по відношенню до осіб з інвалідністю щодо необхідності та обов'язковості отримання реабілітації. Також суттєвим фактором є ставлення самої особи з інвалідністю до свого здоров'я та її бажання мати групу інвалідності, а також те, що проблема фінансування медичної частини заходів ІПР для громадян з інвалідністю внаслідок загального захворювання залишається невирішеною, що нерідко є причиною їх відмови від виконання ІПР.

Індикатором якості реабілітаційного процесу можуть бути результати переогляду на МСЕК осіб, які повинні пройти реабілітаційні заходи. Так, в 2016 році група інвалідності була підтверджена в 97,8% випадків, в 2017 – в 85,96%, в 2018 – в 85,52%. Незважаючи на невелику позитивну тенденцію, показники збереження групи інвалідності залишаються високими. При переогляді осіб з інвалідністю III групи показник повністю визнаних працездатними в 2016 році склав 3,20%, в 2017 – 2,96%, в 2018 – 2,78%. Такі низькі значення можуть бути пояснені як якістю реабілітації, так і соціально-економічними причинами, коли пенсія по інвалідності є єдиним джерелом існування, а працевлаштування з різних причин неможливе.

В практиці медико-соціальної експертизи для оцінки результатів реабілітації використовують показники повної, часткової та сумарної реабілітації. За даними нашого дослідження, показник повної реабілітації в 2016 році склав 2,2 на 100 освідчених, в 2017 – 2,07, в 2018 – 1,94, що свідчить про негативну динаміку; показник часткової реабілітації в 2016 році склав 16,0 на 100 освідчених, в 2017 – 16,13, в 2018 – 17,21, що свідчить про

зниження важкості інвалідності; показник сумарної реабілітації, склавши в 2016 році 7,3 на 100 освідчених, в 2017 – 7,22, в 2018 – 7,50, також свідчить про нестабільну позитивну динаміку. Таким чином, результати медичної реабілітації осіб з інвалідністю достатньо скромні та пояснюються як соціально-економічними складнощами нашого часу, так і організаційно-структурними недоліками розвитку медико-соціальної, в т. ч. медичної реабілітації осіб з інвалідністю в державі.

Позитивним моментом в розвитку медико-соціальної реабілітації є формування Централізованого банку даних з питань інвалідності (далі — ЦБІ) на підставі Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні».

Передбачається, що на підставі даних цих ресурсів органи виконавчої влади та місцевого самоврядування здійснюють соціальний моніторинг, планування і прогнозування потреб осіб з інвалідністю в технічних та інших засобах реабілітації, виробах медичного призначення та реабілітаційних послугах. Функції з координації діяльності операторів банку даних усіх рівнів та контроль за створенням і функціонуванням ЦБІ покладаються на Міністерство соціальної політики України, яке аналізує стан його наповнення. На даний час з організаційних причин його функціонування в актуальному режимі є проблематичним.

Таким чином, проведене дослідження свідчить, що робота з медичної реабілітації осіб з інвалідністю складається з низки етапів, які мають відповідні показники оцінки, та, на даний час, скромні результати в плані виконання ІПР, ефективності реабілітації, що сприяє накопиченню осіб з особливими потребами в суспільстві, насамперед через організаційні складові, а саме — через відсутність концепції медичної реабілітації громадян України, розвитку медичних реабілітаційних закладів, обґрунтування етапності реабілітаційного процесу, стандартизації технологій реабілітації при різних захворюваннях, налагодження роботи ЦБІ, дієвого контролю за виконанням ІПР.

Розділ 4.

МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

4.1. Визначення термінів

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

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

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

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

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

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

5) порушення трудових відносин.

Основні напрями медичної реабілітації:

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

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

- клініко-експертна і реабілітаційна діагностика;
- розробка на підставі діагностичного етапу програм медичної реабілітації;
- подальша реалізація цих програм;
- динамічний контроль за проведенням реабілітації, при необхідності коректування реабілітаційних заходів;
- аналіз ефективності реабілітації на її кінцевому етапі [30].

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

До комплексу **відновної терапії** входять:

- *медикаментозне лікування*;
- *апаратна фізіотерапія* (електролікування, світлолікування, лікування ультразвуком; грязелікування; лазеротерапія, баротерапія, оксигенотерапія, інгаляційна терапія, теплотікування);

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

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

Виробами медичного призначення для здійснення медичної реабілітації є прилади, комплекси, системи обладнання, інструменти, пристрої, імплантанти, приладдя, матеріали або інші вироби, призначені для діагностики, лікування та профілактики захворювань, забезпечення життєдіяльності. До них можна віднести:

- ендопротези;
- апарати для діалізу крові;
- апарати для діалізу очеревини;
- велотренажери;
- велоергометри;

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

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

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

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

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

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

Медична реабілітація осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю **здійснюється** в:

- лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ);
- реабілітаційних установах відповідного типу;
- важливе значення у хворих із різними формами захворювань

має *санаторно-курортне лікування*, що передбачає лікування здебільшого природними чинниками навколишнього середовища.

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

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

Загальні протипоказання до проведення медичної реабілітації

Загальними протипоказаннями до проведення медичної реабілітації в стаціонарних та амбулаторних закладах слід вважати наступні:

- виражені психічні порушення;
- грубі порушення інтелектуально-мнестичної функції;
- висока артеріальна гіпертензія, що не корегується;
- виражена коронарна недостатність;
- порушення функцій і органів систем (серцево-судинної, дихальної, ниркової, печінкової та ін.) важкого ступеню;
- активна фаза ревматизму;
- активні форми туберкульозу;
- лихоманка;
- гострі тромбози, емболії в якості супутніх захворювань;
- інкурабельні злоякісні новоутворення.

Крім того, можуть бути протипоказані окремі методи реабілітації, при проведенні яких є небезпека погіршення загального стану реабілітанта: фізичні тренування, апаратна фізіотерапія, баротерапія, мануальна терапія, працетерапія та ін. [83].

4.2. Чим відрізняється реабілітація від лікування?

В концепції лікування і в концепції реабілітації є багато спільного, оскільки вони вирішують подібні завдання – усунення наслідків захворювання чи повернення хворого до суспільно-корисної праці. Основою підвищеної уваги до реабілітації являється науково-технічний прогрес з усіма його складовими (інтенсифікація і диференціація трудових професій з меншими людськими зусиллями, підвищений інтерес до кваліфікованих кадрів, оскільки їх підготовка вимагає значного часу і коштів; збільшення тривалості життя і, в зв'язку з цим – збільшення кількості хронічних захворювань; зміни умов життя, урбанізація, транспорт, велика зайнятість на виробництві і т.д.).

Реабілітація – наука про фундаментальні і прикладні аспекти реабілітації (медична, медико-професійна, професійна і соціальна). В основі її методології лежить вчення про саногенез, про механізми і закономірності процесів пошкодження і відновлення, про реакції термінової і тривалої компенсації на всіх інтегрованих рівнях організації, включаючи міжособистісний і соціальний [83]. Використання встановлених біологічних закономірностей відновлення порушених функцій дозволяє обґрунтувати конкретні терміни і частоту проведення реабілітаційних заходів, види, обсяги та інтенсивність методик і процедур, фактори успішності і неефективності медичної реабілітації. Завдяки цьому можна досягти відчутного медичного, соціального і економічного ефекту. Рання і повноцінна реабілітація при гострих та інвалідизуючих захворюваннях (при умові збереження функціональних резервів для відновлення порушених функцій) дає можливість оптимізувати терміни тимчасової непрацездатності, попередити виникнення інвалідності або зменшити її тяжкість. Своєчасний початок і

методичне проведення реабілітації у хворих з хронічними інвалідизуючими захворюваннями відтерміновує настання інвалідності або попереджає її виникнення, а також скорочує тривалість тимчасової непрацездатності. У випадках, коли медична реабілітація недостатньо ефективна і настає інвалідність, проведення професійної і соціальної реабілітації дозволяє покращити якість життя особи з інвалідністю, підвищити ступінь її соціальної адаптації (технічні засоби компенсації дефекту, протезування, ортезування, профконсультування, профвідбір, профорієнтація).

До компетенції реабілітології відносяться як фундаментальні аспекти вчення про хвороби, що розглядають причини, механізми і умови виникнення стійких морфофункціональних порушень на органному, тканинному і організменному рівні, так і соціальні аспекти (адаптація осіб з обмеженими можливостями в сім'ї, суспільстві, професійному середовищі).

До розгорнутого переліку цих питань відносяться:

- питання етіології, патогенезу, епідеміології та профілактики інвалідизуючих захворювань (гострі і хронічні форми патології, вроджені дефекти, що призводять до стійких і виражених порушень чи втрати функції, до обмеження життєдіяльності;
- аспекти діагностики і кількісної оцінки функціональних можливостей окремих систем і цілісного організму, фізичного розвитку, фізичної працездатності, діагностичні і прогностичні критерії оцінки тяжкості транзиторних і стійких морфофункціональних порушень, що призводять до обмеження життєдіяльності і соціальної недостатності;
- механізми саногенезу або відновлення і компенсації порушених функцій, збереження і реалізації функціональних резервів, особливості компенсації порушених функцій і адаптації до умов навколишнього середовища у хворих і осіб з інвалідністю з різним ступенем вираженості обмежень життєдіяльності при різних формах патології;

- нейрофізіологічні і психологічні механізми, що лежать в основі патогенетичних і саногенетичних реакцій при інвалідизуючих захворюваннях;
- психологічні аспекти відновного лікування хворих і осіб з інвалідністю, зокрема питання взаємозв'язку психічних і соматичних процесів при виникненні і розвитку інвалідизуючих захворювань в період адаптації осіб з інвалідністю до факторів навколишнього середовища, включаючи соціальне оточення;
- питання психодіагностики при інвалідизуючих формах патології, особливості формування адекватних особистісних установок в ході реабілітації, вплив мотиваційних установок на процеси саногенезу;
- розробка науково обґрунтованих і ефективних методів психологічної корекції і психотерапії, виховання, навчання, професійного консультування і професійного відбору людей, що мають психологічні і психічні порушення і потребу в реабілітаційних заходах;
- питання реабілітації в педіатрії (хворі діти і діти з інвалідністю, діти з особливостями психофізіологічного розвитку), вивчення особливостей і закономірностей саногенетичних механізмів в дитячому віці;
- профілактика вроджених вад розвитку і генетичних захворювань, що призводять до інвалідизації, медико-біологічні і соціальні аспекти профілактики травматизму і інвалідності;
- розробка фізіологічних і психофізіологічних аспектів профорієнтації осіб з особливостями психофізіологічного розвитку;
- розробка і обґрунтування фізіологічних і психофізіологічних методів активного і цілеспрямованого формування профпридатності осіб з інвалідністю і багато інших питань, коли аспекти лікування і реабілітації переплітаються [32].

Спільним в реабілітації і лікуванні є особистість хворого. Однак слід враховувати, що концепції лікування і медичної реабілітації мають тільки їм

притаманні особливості, які дозволяють розмежувати ці два поняття: лікування і реабілітація (табл. 1).

Таблиця 1.

Відмінності між лікуванням та реабілітацією

Лікування	Реабілітація
Спрямоване на боротьбу з хворобою, етіотропні фактори, усунення причини і суті хвороби	Спрямована на мобілізацію захисних механізмів організму
Спрямоване на ліквідацію чи зменшення клінічних проявів хвороби, попередження її прогресування	Спрямована на усунення наслідків хвороб – відновлення фізичного і психічного статусу до соціально значимого рівня, досягнення максимально можливої соціальної і економічної незалежності
Направлене на організм сьогодні, в даний час	Направлена на особистість і на майбутнє
На стаціонарному, амбулаторному і санаторно-курортному етапі направлене безпосередньо на лікування причини захворювання чи пошкодження	На стаціонарному етапі – відновлення функцій організму до рівня, коли особа може себе обслужити, пересуватися, бути готовою до продовження програми медичної реабілітації; на поліклінічному етапі – профілактика прогресування захворювання, відновлення зайнятості; на санаторному етапі – відновлення втрачених функцій організму, фізичного і психічного статусу
Направлене на конкретну ліквідацію чи компенсацію захворювання, що не завжди дає можливість повернутись до праці, бути економічно незалежним членом суспільства	Постійно проводиться визначення реабілітаційного потенціалу і прогнозу
Будується на нозологічному і синдромологічному діагнозі і опирається на ознаки етіопатогенезу і локалізації (МКХ-10)	Будується на функціональному діагнозі. Опирається на біопсихосоціальну модель наслідків хвороби, яка визначає здоров'я і хворобу як результат взаємодії фізіологічних і соціальних процесів, що викликають ознаки порушення функцій,

	пошкодження структур, обмеження активності, участі і впливу факторів навколишнього середовища в відповідності з Міжнародною класифікацією функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я
Може проводитися і без участі хворого і являється в певній мірі пасивним методом	Вимагає активної участі хворого. Основний постулат – «реабілітація особистості», що передбачає відсутність розмежувань між медичною, професійною і соціальною реабілітацією. Беруться до уваги всі аспекти фізичного, психічного і соціального існування хворого.

Таким чином, ототожнення понять «лікування» і «реабілітація» буде неправильним. Реабілітація не обмежується проведенням втручань, направлених на відновлення тільки здоров'я. Вона передбачає заходи, мета яких – відновлення фізичного, психологічного і, в певній мірі, соціального статусу з тим, щоб забезпечити життєдіяльність людини в суспільстві – самообслуговування, пенсійне забезпечення, утримання в будинках-інтернатах і т.д. Відмінністю концепцій реабілітації і лікування є «кінцева точка». За влучним визначенням В. Н. Боголюбова та співавт. (2007), «для лікування – це ліквідація захворювання чи зменшення його проявів; для реабілітації – це відновлення людини як особистості, відновлення трудової діяльності в тому чи іншому обсязі, досягнення соціальної і економічної незалежності, інтеграції в суспільство».

4.3. Система реабілітації хворих, осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю

Система медико-соціальної реабілітації осіб з інвалідністю становить собою сукупність:

- реабілітаційних програм і реабілітаційних стандартів, різного рівня і спрямованості;
- реабілітаційних установ різних організаційно-правових форм, видів і типів, що реалізують реабілітаційні програми;

- органів управління та підвідомчих їм структур, що займаються реабілітацією хворих та осіб з інвалідністю.

Закон «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» передбачає, що в систему реабілітації осіб з інвалідністю повинні входити реабілітаційні заклади різного відомчого підпорядкування і функціональної спрямованості (вже існуючі і ті, що мають бути створені) [27].

Основними принципами функціонування реабілітаційних установ є:

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

Через реабілітаційні установи повинна проводитись практична реалізація завдань. Реабілітаційні установи здійснюють заходи із медичної, професійної та соціальної реабілітації і є закладами державного, регіонального і місцевого рівнів.

За змістом здійснюваних реабілітаційних заходів виділяються наступні *типи* реабілітаційних установ (ст. 13 Закону «Про реабілітацію осіб з

інвалідністю в Україні»):

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

Реабілітаційні установи можуть бути *змішаного* типу.

За *організаційно-правовими формами власності* реабілітаційні установи можуть розподілятися на [28]:

- державні;
- комунальні;
- недержавні (приватні, суспільні, що належать громадським і релігійним організаціям, об'єднанням територіальним громадам).

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

Форми реабілітаційних установ – стаціонарні, амбулаторні;

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

За *ступенем централізації* реабілітаційні установи можна поділити на [23, 28]:

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

Децентралізована модель регіональної системи реабілітації осіб з інвалідністю включає визначення інфраструктури реабілітаційних установ, стандартизацію їх функцій та координацію діяльності установ різної відомчої підпорядкованості. На теперішній час в Україні функціонує *змішана система*

реабілітації осіб з інвалідністю: в основному це децентралізована форма з відкриттям в областях центрів переважно професійної реабілітації Мінсоцполітики або для обслуговування окремих категорій громадян.

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

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

Діяльність державних реабілітаційних установ усіх рівнів повинна регулюватись відповідними **Типовими (тимчасовими) положеннями** і розробленими на їх основі **Статутами** [27].

Реабілітаційні установи *здійснюють* комплексну реабілітацію осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю шляхом реалізації соціально-економічних, медичних, фізичних, психологічних, педагогічних, професійних та інших заходів відновлювального характеру, спрямованих на попередження прогресування патологічного процесу, усунення чи максимально можливу компенсацію обмежень життєдіяльності, відновлення здоров'я та трудових навичок осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю, корекцію психічних процесів, здобуття ними освіти, їх трудову зайнятість незалежно від категорії і причин інвалідності (ст. 17 Закону «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні»).

Виділяють наступні *рівні організації медико-реабілітаційної допомоги*:

- амбулаторні відділення та центри відновного лікування та реабілітації;
- відділення відновного лікування та реабілітації стаціонару для лікування хворих в підгострому періоді захворювання;
- відділення відновного лікування та реабілітації стаціонару для тривалого лікування хворих з хронічними формами захворювань чи хворих із залишковими явищами захворювань;

- денні стаціонари відновного лікування та реабілітації;
- реабілітаційна допомога на дому;
- центри професійної реабілітації та профнавчання;
- кабінети багатопрофільної комплексної реабілітації осіб з інвалідністю.

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

На практиці згідно Наказу МОЗ України №385 від 28.10.2002 з доповненнями 2003-2018 рр. «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я» до структур, які займаються відновним лікуванням та реабілітацією різних верств населення можна віднести на рівні стаціонару: з багатопрофільних – ЛПЗ, госпіталів ветеранів війни, Український госпіталь для воїнів-інтернаціоналістів, Український державний медико-соціальний центр ветеранів війни; з однопрофільних – лікарню відновного лікування, фізіотерапевтичну лікарню; із спеціалізованих – лікарню відновного лікування (у т.ч. дитячу), лікарсько-фізкультурний диспансер, фізіотерапевтичну лікарню, центр реабілітації дітей з ураженням нервової системи, центри медико-соціальної реабілітації дітей; особливого типу – спеціалізований диспансер радіаційного захисту населення, центр реабілітації репродуктивної функції людини. Амбулаторно-поліклінічні заклади: амбулаторія загальної практики сімейної медицини, сільська лікарська амбулаторія, поліклініка (центральна міська, міська, центральна районна), фельдшерський пункт, фізіотерапевтична поліклініка; санаторно-курортні заклади: бальнеологічна лікарня (у т.ч. дитяча), грязелікарня (у т.ч. дитяча), дитячий оздоровчий центр, санаторії (у т.ч. дитячі, однопрофільні, багатопрофільні, спеціалізовані), санаторії для дітей з батьками, санаторій-профілакторій.

На підставі технологічного процесу проведення медичної реабілітації

для населення в лікувально-профілактичних закладах, як самостійний вид діяльності повинна використовуватися система етапного лікування на різних рівнях.

4.3.1. Стаціонарний (госпітальний) етап медичної реабілітації

Задачі медичної реабілітації визначаються її етапом. На стаціонарному (госпітальному) етапі – це вироблення найбільш раціональної програми реабілітаційних заходів із забезпеченням її наступності на таких етапах; визначення адекватного лікувально-рухового режиму; розробка дієтичних рекомендацій; вивчення психологічного стану пацієнта і його ставлення до свого захворювання або травми, формування у пацієнта і його родичів адекватного уявлення про хворобу або травму; роз'яснення пацієнтові необхідності дотримуватися режиму рухової активності впродовж усього стаціонарного періоду реабілітації (одна з найважливіших умов профілактики ускладнень); подолання негативних психічних реакцій, що виникають у пацієнта в зв'язку із захворюванням або травмою; попередження, раннє виявлення та усунення можливих ускладнень захворювання або травми; санація вогнищ інфекції та лікування супутніх захворювань, які можуть вплинути на ефективність реабілітації.

Вирішення задач медичного (лікувального) аспекту реабілітації в цій фазі грає вирішальну роль, обумовлюючи об'єм та ефективність інших реабілітаційних заходів.

Засоби госпітального етапу реабілітації.

Застосування медикаментів з метою курсів стимуляції відновних процесів в уражених органах, тканинах або системах, функціональна активність яких була знижена внаслідок основного захворювання або вимушеного тривалого постільного режиму, грає велику роль в програмах стаціонарної фази реабілітації хворих з різними видами патології.

Найважливіше місце на стаціонарному етапі реабілітації займають різні методи фізичної терапії, що включають в себе використання лікувальної гімнастики, лікувальної фізкультури, курсів різних варіантів механотерапії і

навіть фізичних тренувань, рефлексотерапії, які, за своєю суттю, мабуть, слід віднести до фізичного аспекту, а за результатами впливу – і до лікувального, і до фізичного аспектів реабілітації, поряд з їх відомим чисто лікувальним впливом.

Завданням фізичного аспекту реабілітації на цьому етапі є відновлення фізичної активності людини, зниженої внаслідок самого захворювання або вимушеної інактивності, до того рівня, при якому вона могла би обслуговувати себе, гуляти на вулиці в певному, індивідуально для неї підібраному, темпі.

При різних захворюваннях розроблені програми фізичної активності з урахуванням приналежності хворого до того чи іншого функціонального класу, що визначається комплексом даних, що включають і результати навантажувальних тестів, і клінічну характеристику хворого, і наявність і характер ускладнень, або до класу тяжкості, оцінюваного за сукупністю тільки клінічних ознак без проведення навантажень (в більш ранньому періоді захворювання).

Програма фізичної активності при різних видах патології варіює в широких межах. Так, наприклад, при побудові програм фізичної реабілітації хворих з постінсультними паралічами і парезами передбачається три відновлювальних періоди, що розрізняються досить істотно за ступенем навантаження – від лікування становищем, пасивних та активних вправ на розслаблення, масажу, дихальних вправ – в першому відновлювальному періоді – до лікувальної гімнастики, простої і ускладненої ходьби, самостійних занять ЛФК, масажу і елементів трудотерапії – в третьому. У програмах фізичної реабілітації хворих з ушкодженнями опорно-рухового апарату істотне місце відводиться лікувальній гімнастиці, що включає не тільки роботу в здорових суглобах і сегментах кінцівок, але і здатність м'язового апарату іммобілізувати сегмент за рахунок вольових скорочень м'язів-антагоністів.

Хворим на інфаркт міокарда лікувальна гімнастика, наприклад, призначається відразу ж після ліквідації загрозливих для життя проявів і

ускладнень захворювання, ще в період перебування його в блоці інтенсивного спостереження. Елементи фізичних тренувань хворих цієї категорії в тому чи іншому обсязі призначаються вже в період перебування їх в стаціонарі, що забезпечує як більш ранню їх активізацію, так і більшу контрольованість, доступну для стаціонару, отже, і адекватність навантажень.

Для певної категорії хворих в програмі їх фізичної реабілітації велика питома вага механотерапії вже на стаціонарному етапі реабілітації для її індивідуалізації, забезпечення адекватності обсягу механотерапевтичних втручань, доцільним є використання принципу біологічного зворотного зв'язку.

Вагомою є роль курсів психологічної реабілітації. Дуже важливо, щоб вона починалася, по можливості, рано і строго індивідуалізовано, здійснювалася тільки на підставі строго диференційованої оцінки психологічного статусу хворого, для чого існує цілий ряд оціночних тестів.

Своєчасна діагностика і корекція психологічних зрушень не тільки допоможе хворому впоратися зі своїм настроєм, а й визначити його ставлення до проведеного лікування, реабілітаційних заходів, забезпечивши, таким чином, його активну усвідомлену участь в своєму одужанні. Не можна також забувати і про те, що при деяких стресових ситуаціях, супутніх ускладненнях гострого стану або травми можливі психічні порушення, що вимагають втручання психіатра.

Психологічна реабілітація хворої людини тісно пов'язана не тільки з її соматичним одужанням, а й, нерідко, з рішенням деяких соціальних проблем. Здавалося б, на стаціонарному етапі соціальні питання піднімати і обговорювати ще рано. Тим часом, невизначеність соціального статусу після хвороби, про яку людина не може не думати, часом є причиною його психологічних зрушень, що ускладнюють відновлення не тільки психологічного, а й соматичного статусу.

У великих реабілітаційних підрозділах стаціонарного типу повинні бути організовані курси трудотерапії, мета яких – навчити хворого приємному для нього заняттю, що не має негативного впливу на соматичний статус і коригує його психологічний статус.

Важливим принципом, що забезпечує ефективність реабілітації взагалі і на стаціонарному етапі зокрема, є суворі і повсякденна координація діяльності лікаря, інструктора ЛФК, трудотерапевта і психолога. При виборі програми реабілітації, оцінці її ефективності, побудові рекомендацій для наступного етапу необхідно проведення засідання реабілітаційної комісії за участю завідувача відділенням, лікуючого лікаря або інструктора ЛФК, інструктора з трудотерапії, психолога, де повинні бути представлені всі клінічні і інструментальні дані, що характеризують фізичний, психологічний і соціальний статус хворого, оцінена фізична і психологічна реакція хворого на навантаження, на програму в цілому.

Реабілітація хворих в ранньому періоді захворювання повинна починатися вже в умовах того стаціонару або відділення, в якому він отримав ургентну допомогу. Далі хворий або завершує стаціонарний етап реабілітації в цьому ж відділенні, або переводиться в реабілітаційне відділення даної лікарні, або госпіталізується в реабілітаційну лікарню, центр, що залежить як від ступеня втрати функцій організму, так і від організаційної структури реабілітації в даному регіоні.

Тривалість перебування в реабілітаційному підрозділі стаціонарного типу також визначається особливостями перебігу захворювання, ступенем порушення функціональних можливостей організму. Разом з тим, слід відзначити абсолютно обґрунтовану тенденцію до скорочення стаціонарного етапу реабілітації за рахунок більш раннього спрямування їх в спеціалізовані відділення відновного лікування санаторіїв.

Стаціонарна допомога є більш високовартісною, потребує високоспеціалізованих фахівців, дороговартісного медичного обладнання, особливих біомедичних рішень та налагодження управлінських і медичних

процесів усередині великого закладу. Загалом надання стаціонарної допомоги «споживає» приблизно 50% загальних витрат на охорону здоров'я [57].

Згідно даних міжнародної комісії оцінювання системи реабілітації в Україні (2015), у пострадянських країнах особливістю більшості систем охорони здоров'я є те, що люди не звертаються по амбулаторну допомогу через наявні бар'єри, як-то: фінансові (дорого, не вистачає грошей оплатити послугу «з кишені»), географічні (заклад розташований далеко і до нього складно дістатися) та фізичні (довгі черги в закладі, відсутній лікар на робочому місці). Тож «не проліковані випадки» стають запущеними або ж, інакше кажучи, люди не приділяють своєму здоров'ю та захворюванням на ранніх стадіях належної уваги, що призводить до більшої потреби в стаціонарній – більш високовартісній – допомозі [51].

Однак найбільш проблематичними аспектами в госпітальному секторі залишаються:

- а) слабкі управлінські практики, при яких рідко проводиться аналіз вартості допомоги;
- б) брак зв'язку між лікарнями та системою охорони здоров'я;
- в) хронічний брак ресурсів у країнах з низьким і середнім доходом, що супроводжується недофінансуванням системи охорони здоров'я в цілому;
- г) переважання лікувальної орієнтації лікарень замість їх більшого залучення в превентивну допомогу громадам. До завдань, які постають перед пострадянськими країнами, належить здебільшого фінансування власне наданої допомоги, а не «ліжок».

Досвід українських споживачів стаціонарної допомоги порівняно із сусідніми країнами (Польща, Литва, Угорщина тощо) свідчить про те, що українці менш спроможні оплатити медичну допомогу та більш схильні до відкладання стаціонарного лікування. Аналогічно українці менш задоволені стаціонарною допомогою, аніж споживачі госпітальної допомоги в сусідніх країнах Європейського Союзу.

Згідно із соціологічним опитуванням населення про стан здоров'я та задоволеність стаціонарною допомогою в Україні, організованому та проведеному Міжнародним фондом «Відродження» (2018), були отримані наступні результати [39]:

Найбільш проблематичним аспектом стаціонарного лікування є «забезпеченість ліками» – 66% опитаних дають оцінку «погано» в 2018 році (61% – у 2017 р. та 66% – у 2016 р.), а також «якість харчування» – його негативно оцінюють 44% в 2018 р. (43% та 42% – в 2017 та 2016 роках відповідно).

Один з найважливіших аспектів – «кваліфікація лікарів» – оцінений респондентами здебільшого позитивно. Натомість важливий аспект «забезпеченість ліками» та «доступність діагностичних і лабораторних обстежень» оцінюються споживачами стаціонарної допомоги негативніше.

Отже, запровадження реабілітаційної стратегії в стаціонарних закладах на госпітальному етапі дозволить поліпшити якість результатів лікування, зменшити соціальні наслідки патологічних станів та сприяти профілактиці захворюваності, інвалідності, подовженню життя хворих осіб.

4.3.2. Санаторно-курортний етап медичної реабілітації

Охорона здоров'я не обмежується тільки контролем за захворюваністю, смертністю, боротьбою з хворобами, впровадженням нових медичних технологій в лікуванні захворювань. Необхідно також оцінити існуючі ресурси національного здоров'я на підставі фундаментальних досліджень доказової профілактичної та відновної медицини.

В системі медичної реабілітації важливе місце належить санаторно-курортній допомозі – одному з провідних етапів відновного лікування та оздоровлення.

Санаторно-курортне лікування спрямоване на профілактику, оздоровлення, посилення захисних функцій організму, відновлення порушених функцій внаслідок операцій, травм, хронічних захворювань, уповільнення розвитку захворювань та профілактику інвалідності.

Історично курортологія як наука завжди була на службі у реабілітації, тому що будь-який вид санаторно-курортного лікування підключався на відновному етапі або виконував профілактичну мету.

Основною умовою успішної реабілітації є якомога більш ранній початок, безперервність, обов'язкова спадкоємність. Ці принципи дозволили співробітникам Українського НДІ медичної реабілітації та культурології на відомих курортах України побудувати розвинуту мережу відділень ранньої реабілітації хворих (після перенесеного вірусного гепатиту, інсульту, оперативних втручань на органах черевної порожнини, суглобах, при переломах довгих трубчатих кісток та інше). Доцільність такого підходу з роками забезпечило отримання високого терапевтичного та економічного ефекту в реабілітації даного контингенту хворих [80, 81].

Обов'язковими умовами для ефективності реабілітаційного лікування є [32, 33, 65]:

- ранній початок реабілітаційних заходів (це допомагає швидше відновити функції організму, попередити ускладнення і, при загрозі настання інвалідності – боротися з нею на ранніх етапах лікування);
- безперервність реабілітаційних заходів (цей принцип є основою, тому що тільки безперервність та поетапна черговість реабілітаційних заходів – запорука скорочення часу лікування, зниження інвалідності і витрат на відновне лікування);
- комплексність реабілітаційних заходів (під керівництвом лікарів, реабілітація проводиться й іншими фахівцями: соціологами, психологами, педагогами, юристами тощо);
- індивідуальність реабілітаційних заходів (реабілітаційні програми складають для кожного хворого з урахуванням загального стану, особливостей перебігу хвороби, вихідного рівня фізичного стану, особистості, віку, статі, професії тощо);
- необхідність реабілітації у колективі (фізична реабілітація розглядає людину у взаємозв'язку з навколишнім середовищем, тому бажано, щоб

пацієнт проходив реабілітацію або ж у звичному тренувальному середовищі, або ж у середовищі пацієнтів;

- повернення до активної праці.

Основними методами курортотерапії є: ландшафтотерапія, кліматотерапія, кінезотерапія, аеротерапія, геліотерапія, теренкур, спелеотерапія, таласотерапія, грязелікування, гідротерапія, масаж, фізіотерапія, ЛФК, мінеральні води, лікувальне харчування, медикаментозна терапія, психотерапія.

За *профілями медичної реабілітації*, яка здійснюється в санаторно-курортних умовах, розрізняють:

- нейрореабілітація (підгострий період інсультів, черепно-мозкових травм);
- м'язово-скелетна реабілітація (підгострий період після операцій ортопедичних та травматологічних, ревматологічні захворювання);
- кардіо-пульмональна реабілітація (підгострий період інфаркту міокарда, після операції на серці, підгострий період захворювання легень після операції на легенях, цукровий діабет);
- медико-психологічна реабілітація учасників АТО;
- реабілітація після оперативних втручань на органах зору;
- реабілітація при порушеннях перебігу вагітності;
- інша (соматична) реабілітація: підгострий період після оперативних втручань на органах травлення, сечостатевої системи, жіночих статевих органах.

Перелік санаторно-курортних закладів за профілем медичної реабілітації надається в таблиці 2 [76].

Перелік санаторно-курортних закладів у розрізі профілів медичної реабілітації

№ з/п	Профіль медичної реабілітації	Назва санаторно-курортного закладу	Категорія осіб, яких обслуговує СКЗ*	Телефон, е-mail, веб-сайт	Місце надання послуг
1	Нейрореабілітація: підгострий період інсультів (після оперативних втручань на судинах мозку або без них), підгострий період черепно-мозкових травм	«Клінічний санаторій «Бердянськ» ПрАТ «Приазовкурорт»	Д	(099) 986-49-35 prat.marketing12@gmail.com http://ukrzdrav.com/dp-klinichnij-sanatorij-berdyansk.html	Запорізька обл., м. Бердянськ, бульвар Тінистий, 12
		«Клінічний санаторій «Великий Луг» ПрАТ «Приазовкурорт»	Д	(050) 750-45-98 (061) 286-96-83, 286-96-82 velikiylug@ukr.net http://ukrzdrav.com/dp-klinichnij-sanatorij-velikij-lug.html	Запорізька обл., м. Запоріжжя, вул. Ленська, 45
		ТОВ Санаторій «Курорт Орлівщина»	Д	(067) 630-63-88 sekretar_dpsn@i.ua http://spa-kurort.com.ua/	Дніпропетровська обл., Новомосковський р-н, с. Орлівщина, вул. Лісна, 32
		«Санаторій «Миргород» ПрАТ «Миргородкурорт»	Д	(050) 405-80-11 (05355) 5-31-48, 5-26-50 skk@mirgorodkurort.com.ua www.mirgorodkurort.ua	Полтавська обл., м. Миргород, вул. Гоголя, 112
		ДП «Клінічний санаторій «Роща» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(050) 631-77-86 (067) 573-01-02 roscha@ukrpost.net www.roscha.com.ua	Харківська обл., с. Пісочин, вул. Санаторна, 46

		ДП «Клінічний санаторій «Жовтень» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(067) 938-49-40 (044) 259-15-70 (067) 912-44-95 zhovten1337@gmail.com http://www.zhovten.org	м. Київ, Конча-Заспа, Столичне шосе, 27 км
		«Санаторій «Перлина Прикарпаття» ДП «СКК «Моршинкурорт» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(067) 340-22-20 (067) 340-22-04 (03260) 6-23-76, 6-23-73 morshynkurort@ukr.net http://www.morshynkurort.net	Львівська обл., м. Моршин, вул. С. Бандери, 5
		ТОВ «Санаторій «Сонячний»	Д	(066) 347-00-25 (067) 192-30-15 (050) 552-90-53 solnechnuj@ukr.net www.solnechnyi.com.ua	Дніпропетровська обл., Павлоградський р-н, с. Вербки, вул. Лісова, 3
		ДП «Санаторій «Славутич» імені Б.В. Пашковського» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(068) 467-91-46 (098) 986-94-37 Slavutich-5@ukr.net www.slavutich.net.ua	Дніпропетровська обл., Верхньодніпровський р-н, м. Верхньодніпровськ
		ДП «Клінічний санаторій «Карпати» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(050) 432-29-27 s.karpaty2011@ukr.net marketing_karpaty@ukr.net http://www.sankarpaty.com/	Закарпатська обл., Мукачівський р-н, с. Карпати, 1
		Волинський обласний санаторій «Лісова пісня»	Д	(096) 798-32-21 (03355) 95-6-06 infolp556@ukr.net pisnya-lisova@ukr.net	Волинська обл., Шацький р-н, с. Гаївка, вул. Пісочна, 6

			www.lp.volyn.ua	
	КП «Житомирський обласний лікувально-санаторний центр радіаційного захисту для дитячого та дорослого населення «Дениші» Житомирської обласної ради	Д	(0412) 49-60-05, 49-60-03 denyshi@meta.ua www.denyshi.com.ua	Житомирська обл., Житомирський р-н, с. Дениші, вул. Набережна 1
	ТОВ «Санаторій «Токарі»	Д	(0544) 53-89-25 stokari@ukr.net www.tokari.com.ua	Сумська обл., м. Лебедин, с. Токарі вул. Санаторна, 96
	ДП Санаторій «Любінь Великий» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(096) 690-97-57 sanatoriy@ua.fm http://ukrzdrav.com/dp-sanatorij-lyubin-velikij.html	Львівська обл., смт Великий Любінь, вул. Львівська, 16
	ДП «Санаторій «Конча-Заспа» ДУС	Д	(095) 274-67-90 (044) 259-24-15, 259-23-25 konchapr@ukr.net www.koncha-zaspa.kiev.ua	м. Київ, Столичне шосе, 215
	ТОВ «Багатопрофільний санаторій «Сартус»	Д	(048) 737-34-39 sartusbuh@ukr.net	Одеська обл., м. Одеса, Французький бульвар, 60
	КП «Знам'янська обласна бальнеолікарня» Кіровоградської обласної ради	Д	(05233) 7-11-08, 7-10-51 kpzobl@gmail.com www.zobl.in	Кіровоградська обл., м. Знам'янка вул. Героїв Чорнобиля, 6
	ДП «Санаторій «Черче» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(096) 965-30-10 (03435) 71-2-21 cherche@meta.ua	Івано-Франківська обл., Рогатинський р-н, с. Черче

				http://ukrzdrav.com/dp-sanatorij-cherche.html	
		ТОВ «Санаторій Арктика»	Д	(06153) 9-20-27 kea@berdyansk.biz www.arctika.zp.ua	Запорізька обл., м. Бердянськ, вул. Макарова, 20/2
2	М'язово-скелетна реабілітація: підгострий період після операцій на опорно-руховому апараті (ортопедичних, травматологічних), ревматологічні захворювання	«Клінічний санаторій «Бердянськ» ПрАТ «Приазовкурорт»	Д	(099) 986-49-35 prat.marketing12@gmail.com http://ukrzdrav.com/dp-klinichnij-sanatorij-berdyansk.html	Запорізька обл., м. Бердянськ, бульвар Тінистий, 12
		«Клінічний санаторій «Великий Луг» ПрАТ «Приазовкурорт»	Д	(050) 750-45-98 (061) 286-96-83, 286-96-82 velikiylug@ukr.net http://ukrzdrav.com/dp-klinichnij-sanatorij-velikij-lug.html	Запорізька обл., м. Запоріжжя, вул. Ленська, 45
		«Санаторій «Полтава» ПрАТ «Миргородкурорт»	Д	(050) 405-80-13 skk@mirgorodkurort.com.ua www.mirgorodkurort.ua	Полтавська обл., м. Миргород, вул. Гоголя, 112
		ДП «Клінічний санаторій «Роща» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(050) 631-77-86 (067) 573-01-02 roscha@ukrpost.net www.roscha.com.ua	Харківська обл., с. Пісочин, вул. Санаторна, 46
		ДП «Санаторій «Гопри» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(095) 350-41-57 (067) 704-89-50 (05539) 7-84-46 gopri.ekonom@gmail.com goprizdrav@online.ua www.sanatoriy-gopri.com.ua	Херсонська обл., м. Гола Пристань, вул. Санаторна (Леніна), 72

	ДП «Клінічний санаторій «Курорт Березівські мінеральні води» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(050) 811-44-70 berminvodysanatory@ukr.net www.berminvody.com.ua	Харківська обл., Дергачівський р-н, с. Березівське
	ДП «Клінічний санаторій «Жовтень» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(067) 938-49-40 (044) 259-15-70 (067) 912-44-95 zhovten1337@gmail.com http://www.zhovten.org/	м. Київ, Конча-Заспа, Столичне шосе, 27 км
	«Санаторій «Черемош» ДП «СКК «Моршинкурорт» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(067) 340-22-20 (067) 340-22-04 (03260) 6-23-76, 6-23-73 morshynkurort@ukr.net www.morshynkurort.net	Львівська обл., м. Моршин, вул. С. Бандери, 4
	ТОВ «Санаторій «Сонячний»	Д	(066) 347-00-25 (067) 192-30-15 (050) 552-90-53 solnechnuj@ukr.net www.solnechnyi.com.ua	Дніпропетровська обл., Павлоградський р-н, с. Вербки, вул. Лісова, 3
	ДП «Південь-Курорт-Сервіс» Санаторій «Орізонт»	Д	(050) 495-30-01 (050) 148-48-08 (068) 548-48-08 orizont-pks@ukr.net	Одеська обл., Білгород-Дністровський р- н, смт Сергіївка, вул. Гагаріна, 1а
	Менський санаторій «Остреч»	Д	(067) 460-34-46 sanostrech@ukr.net www.ostrech.org	Чернігівська обл., Менський р-н, м. Мена Остреч

		ДП «Клінічний санаторій «Авангард» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(097) 855-99-26 (04331) 2-17-13 avangard_nemirov@ukr.net http://sanatoriy-avangard.com/ua_uk/	Вінницька обл., Немирівський р-н, м. Немирів, вул. Шевченка, 16
		ДП «Санаторій «Славутич» імені Б.В. Пашковського» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(068) 46-79-146 (098) 98-69-437 Slavutich-5@ukr.net www.slavutich.net.ua	Дніпропетровська обл., Верхньодніпровський р-н, м. Верхньодніпровськ
		ДП «Клінічний санаторій «Карпати» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(050) 432-29-27 s.karpaty2011@ukr.net marketing_karpaty@ukr.net http://www.sankarpaty.com/	Закарпатська обл., Мукачівський р-н, с. Карпати, 1
		Волинський обласний санаторій «Лісова пісня»	Д	(096) 798-32-21 (03355) 95-6-06 infop556@ukr.net pisnya-lisova@ukr.net www.lp.volyn.ua	Волинська обл., Шацький р-н, с. Гаївка, вул. Пісочна, 6
		ДП «Клінічний санаторій ім. Пирогова» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(093) 89-43-208 (048) 703-19-59 info@kuyalnik.com.ua info.kuyalnik@gmail.com www.kuyalnik.com.ua	Одеська обл., Суворовський р-н, м. Одеса, вул. Лиманна, 170
		Клінічний санаторій «Аркадія» Державної прикордонної служби України	Д	(048) 785-43-95 arkadiya_dpsu@ukr.net	Одеська обл., м. Одеса, Гагарінське плато, 1
		Санаторій «Орлине гніздо»	Д	(068) 848-43-68	Закарпатська обл.,

	приватного підприємства «Джерело-2»		tyssatur@i.ua www.orlyne-gnizdo.com	м. Виноградів, Урочище Виннички, 35
	ДП «СКРЦ «Слов'янський курорт» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(06262)2-33-15, (050)051-00-97 (066)783-23-51, (066)661-08-68 sslavkurort@gmail.com www.slavkurort.org.ua	Донецька обл., м. Слов'янськ, вул. Золочевського, 1
	ТОВ «Санаторій «Борисфен»	Д	(05154) 3-72-91, 3-71-47 sanatoriyborisfen@gmail.com www.borisfen.in.ua	Миколаївська обл., м. Очаків, вул. Будівельників, 7
	ТОВ «Новопсковський санаторій «Перлина»	Д	(06463) 2-11-90, 2-19-93 perlinanovopskov@ukr.net www.jemchyjina.lg.ua	Луганська обл., Новопсковський р-н, смт Новопсков, вул. Українська, 218
	КП «Житомирський обласний лікувально-санаторний центр радіаційного захисту для дитячого та дорослого населення «Дениші» Житомирської обласної ради	Д	(0412) 49-60-05, 49-60-03 denyshi@meta.ua www.denyshi.com.ua	Житомирська обл., Житомирський р-н, с. Дениші, вул. Набережна 1
	ТОВ «Санаторій «Токарі»	Д	(0544) 53-89-25 stokari@ukr.net www.tokari.com.ua	Сумська обл., м. Лебедин, с. Токарі, вул. Санаторна, 96
	ДП Санаторій «Любінь Великий» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(096) 690-97-57 sanatoriy@ua.fm http://ukrzdrav.com/dp-sanatorij-lyubin-velikij.html	Львівська обл., смт Великий Любінь, вул. Львівська, 16

		ДП «Санаторій «Конча-Заспа» ДУС	Д	(095) 274-67-90 (044) 259-24-15, 259-23-25 konchapr@ukr.net www.koncha-zaspa.kiev.ua	м. Київ, Столичне шосе, 215
		ТОВ «Багатопрофільний санаторій «Сартус»	Д	(048) 737-34-39 sartusbuh@ukr.net	Одеська обл., м. Одеса, Французький бульвар, 60
		ТОВ «Примор'я» санаторій ім. С. Лазо	Д	(04849) 99-3-71 slazo2017@ukr.net http://lazo.com.ua/	Одеська обл., м. Білгород-Дністровський смт Сергіївка, вул. Набережна, 3
		ДП «Санаторій «Черче» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(096) 965-30-10 (03435) 71-2-21 cherche@meta.ua http://ukrzdrav.com/dp-sanatorij-cherche.html	Івано-Франківська обл., Рогатинський р-н, с. Черче
		КП «Знам'янська обласна бальнеолікарня» Кіровоградської обласної ради	Д	(05233) 7-11-08, 7-10-51 kpzobl@gmail.com www.zobl.in	Кіровоградська обл., м. Знам'янка вул. Героїв Чорнобиля, 6
		ТОВ «Санаторій Арктика»	Д	(06153) 9-20-27 kea@berdyansk.biz www.arctika.zp.ua	Запорізька обл., м. Бердянськ, вул. Макарова, 20/2
		ПП «Ярина» Санаторій «Конвалія»	Д	(03247) 5-04-61, 6-70-77 (097) 231-00-36 Konvalial@ukr.net www.konvalia.lviv.ua	Львівська обл., м. Трускавець, вул. Помірецька, 55
3	М'язово-скелетна	ТОВ «Санаторій «Сонячний»	Д	(066) 347-00-25	Дніпропетровська обл.,

	реабілітація: підгострий період опіків			(067) 192-30-15 (050) 552-90-53 solnechnuj@ukr.net www.solnechnyi.com.ua	Павлоградський р-н, с. Вербки, вул. Лісова, 3
		ДП «Санаторій «Славутич» імені Б.В. Пашковського» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(068) 46-79-146 (098) 98-69-437 Slavutich-5@ukr.net www.slavutich.net.ua	Дніпропетровська обл., Верхньодніпровський р-н, м. Верхньодніпровськ
		ДП «Клінічний санаторій «Авангард» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д дД	(097) 855-99-26 (04331) 2-17-13 avangard_nemirov@ukr.net http://sanatoriy-avangard.com	Вінницька обл., Немирівський р-н, м. Немирів, вул. Шевченка, 16
		ДП «Санаторій «Україна» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д дД	(067) 356-67-82 (063) 578-18-00 Ukraine.sanatorium@gmail.com www.ukraine-vorsel.in.ua	Київська обл., Ірпінський р-н, смт Ворзель, вул. Стражеска, 26
4	Кардіо-пульмонарна реабілітація: підгострий період інфаркту міокарда (після оперативних втручань на судинах серця або без них), стан після пролікованої нестабільної	«Клінічний санаторій «Бердянськ» ПрАТ «Приазовкурорт»	Д	(099) 986-49-35 prat.marketing12@gmail.com http://ukrzdrav.com/dp-klinichnij-sanatorij-berdyansk.html	Запорізька обл., м. Бердянськ, бульвар Тінистий, 12
		«Клінічний санаторій «Великий Луг» ПрАТ «Приазовкурорт»	Д	(050) 750-45-98 (061) 286-96-83, 286-96-82 velikiylug@ukr.net http://ukrzdrav.com/dp-klinichnij-sanatorij-velikij-lug.html	Запорізька обл., м. Запоріжжя, вул. Ленська, 45

стенокардії (після оперативних втручань на судинах серця або без них), підгострий період після операцій на серці	«Санаторій «Полтава» ПрАТ «Миргородкурорт»	Д	(050) 405-80-13 skk@mirgorodkurort.com.ua www.mirgorodkurort.ua	Полтавська обл., м. Миргород, вул. Гоголя, 112
	ДП «Клінічний санаторій «Роща» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(050) 631-77-86 (067) 573-01-02 roscha@ukrpost.net www.roscha.com.ua	Харківська обл., с. Пісочин, вул. Санаторна, 46
	ДП «Клінічний санаторій «Жовтень» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(067) 938-49-40 (044) 259-15-70 (067) 912-44-95 zhovten1337@gmail.com http://www.zhovten.org	м. Київ, КончаЗаспа, Столичне шосе, 27 км
	«Санаторій «Перлина Прикарпаття» ДП «СКК «Моршинкурорт» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(067) 340-22-20 (067) 340-22-04 (03260) 6-23-76, 6-23-73 morshynkurort@ukr.net www.morshynkurort.net	Львівська обл., м. Моршин, вул. С. Бандери, 5
	Менський санаторій «Остреч»	Д	(067) 460-34-46 sanostrech@ukr.net www.ostrech.org	Чернігівська обл., Менський р-н, м. Мена Остреч
	ДП «Санаторій «Славутич» імені Б.В. Пашковського» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(068) 467-91-46 (098) 986-94-37 Slavutich-5@ukr.net www.slavutich.net.ua	Дніпропетровська обл., Верхньодніпровський р-н, м. Верхньодніпровськ
	ДП «Клінічний санаторій «Карпати» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(050) 432-29-27 s.karpaty2011@ukr.net marketing_karpaty@ukr.net	Закарпатська обл., Мукачівський р-н, с. Карпати, 1

			http://www.sankarpaty.com	
	Волинський обласний санаторій «Лісова пісня»	Д	(096) 798-32-21 (03355) 95-6-06 infop556@ukr.net pisnya-lisova@ukr.net www.lp.volyn.ua	Волинська обл., Шацький р-н, с. Гаївка, вул. Пісочна, 6
	ДП «СКРЦ «Слов'янський курорт» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(06262)2-33-15, (050)051-00-97 (066)783-23-51, (066)661-08-68 sslavkurort@gmail.com www.slavkurort.org.ua	Донецька обл., м. Слов'янськ вул. Золочевського, 1
	ДП «Санаторій «Україна» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д дД	(067) 356-67-82 (063) 578-18-00 Ukraine.sanatorium@gmail.com www.ukraine-vorsel.in.ua	Київська обл., Ірпінський р-н, смт Ворзель, вул. Стражеска, 26
	ДП Санаторій «Любінь Великий» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(096) 690-97-57 sanatoriy@ua.fm http://ukrzdrav.com/dp-sanatorij-lyubin-velikij.html	Львівська обл., смт Великий Любінь, вул. Львівська, 16
	ДП «Санаторій «Конча-Заспа» ДУС	Д	(095) 274-67-90 (044) 259-24-15, 259-23-25 konchapr@ukr.net www.koncha-zaspa.kiev.ua	м. Київ, Столичне шосе, 215
	ТОВ «Багатопрофільний санаторій «Сартус»	Д	(048) 737-34-39 sartusbuh@ukr.net	Одеська обл., м. Одеса, Французький бульвар, 60
	ДП «Клінічний санаторій «Авангард»	Д	(097) 855-99-26 (04331) 2-17-13	Вінницька обл., Немирівський р-н,

		ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»		avangard_nemirov@ukr.net http://sanatoriy-avangard.com/ua_uk	м. Немирів, вул. Шевченка, 16
5	Кардіо-пульмонарна реабілітація: підгострий період захворювань легень, підгострий період після операцій на легенях, у тому числі з приводу гнійних процесів нетуберкульозного характеру	«Клінічний санаторій «Бердянськ» ПрАТ «Приазовкурорт»	Д	(099) 986-49-35 prat.marketing12@gmail.com http://ukrzdrav.com/dp-klinichnij-sanatorij-berdyansk.html	Запорізька обл., м. Бердянськ, бульвар Тінистий, 12
		ТОВ Санаторій «Курорт Орлівщина»	Д	(067) 630-63-88 sekretar_dpsn@i.ua http://spa-kurort.com.ua/	Дніпропетровська обл., Новомосковський р-н, с. Орлівщина, вул. Лісна, 32
		«Санаторій «Миргород» ПрАТ «Миргородкурорт»	Д	(050) 405-80-11 (05355) 5-31-48, 5-26-50 skk@mirgorodkurort.com.ua www.mirgorodkurort.ua	Полтавська обл., м. Миргород, вул. Гоголя, 112
		ДП «Клінічний санаторій «Курорт Березівські мінеральні води» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(050) 811-44-70 berminvodysanatory@ukr.net www.berminvody.com.ua	Харківська обл., Дергачівський р-н, с. Березівське
		ДП «Південь-Курорт-Сервіс» Санаторій «Орізонт»	Д	(050) 495-30-01 (050) 148-48-08 (068) 548-48-08 orizont-pks@ukr.net	Одеська обл., Білгород-Дністровський р-н, с.мт Сергіївка, вул. Гагаріна, 1а

	ДП «Клінічний санаторій «Авангард» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(097) 855-99-26 (04331) 2-17-13 avangard_nemirov@ukr.net http://sanatoriy-avangard.com	Вінницька обл., Немирівський р-н, м. Немирів, вул. Шевченка, 16
	ДП «Санаторій «Славутич» імені Б.В. Пашковського» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д дД	(068) 467-91-46 (098) 986-94-37 Slavutich-5@ukr.net www.slavutich.net.ua	Дніпропетровська обл., Верхньодніпровський р-н, м. Верхньодніпровськ
	ДП «Клінічний санаторій «Карпати» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(050) 432-29-27 s.karpaty2011@ukr.net marketing_karpaty@ukr.net http://www.sankarpaty.com/	Закарпатська обл., Мукачівський р-н, с. Карпати, 1
	ДП «Санаторій для дітей з батьками «Скадовськ» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д дД	(050) 494-81-71 (05537) 5-23-27 S_skadovsk@ukr.net www.sanatoriy.skadovsk.net	Херсонська обл., м. Скадовськ, вул. Набережна, 1
	ТОВ «Санаторій «Борисфен»	Д	(05154) 3-72-91, 3-71-47 sanatoriyborisfen@gmail.com www.borisfen.in.ua	Миколаївська обл., м. Очаків, вул. Будівельників, 7
	ДП «Санаторій «Україна» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д дД	067)356-67-82, (063)578-18-00 Ukraine.sanatorium@gmail.com www.ukraine-vorsel.in.ua	Київська обл., Ірпінський р-н, смт Ворзель, вул. Стражеска, 26
	Санаторій «Дністер» ДП «СКК «Моршинкурорт» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(067)340-22-20, (067)340-22-04 (03260) 6-23-76, 6-23-73 morshynkurort@ukr.net www.morshynkurort.net	Львівська обл., м. Моршин, вул. С. Бандери, 6 Б

		ТОВ «Багатопрофільний санаторій «Сартус»	Д	(048) 737-34-39 sartusbuh@ukr.net	Одеська обл., м. Одеса, Французький бульвар, 60
		ТОВ «Примор'я» санаторій ім. С. Лазо	Д	(04849) 99-3-71 slazo2017@ukr.net http://lazo.com.ua/	Одеська обл., м. Білгород-Дністровський сmt Сергіївка, вул. Набережна, 3
		ДП «Санаторій «Сонячне Закарпаття» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(03133) 3-54-41 son.zak@ukr.net www.sonzak.com.ua	Закарпатська обл., Свалявський р-н, с. Поляна, вул. Курортна, 1а
		ПП «Ярина» Санаторій «Конвалія»	Д	(03247) 5-04-61, 6-70-77 (097)231-00-36 Konvalial@ukr.net www.konvalia.lviv.ua	Львівська обл., м. Трускавець, вул. Помірецька, 55
6	Кардіо-пульмонарна реабілітація: цукровий діабет	«Клінічний санаторій «Бердянськ» ПрАТ «Приазовкурорт»	Д дД	(099) 986-49-35 prat.marketing12@gmail.com http://ukrzdrav.com/dp-klinichnij-sanatorij-berdyansk.html	Запорізька обл., м. Бердянськ, бульвар Тінистий, 12
		ТОВ Санаторій «Курорт Орлівщина»	Д дД	(067) 630-63-88 sekretar_dpsn@i.ua http://spa-kurort.com.ua/	Дніпропетровська обл., Новомосковський р-н, с. Орлівщина, вул. Лісна, 32
		«Санаторій «Березовий гай» ПрАТ «Миргородкурорт»	Д дД	(050) 405-80-12 skk@mirgorodkurort.com.ua , www.mirgorodkurort.ua	Полтавська обл., м. Миргород, вул. Гоголя, 112

	ДП «Клінічний санаторій «Курорт Березівські мінеральні води» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д дД	(050) 811-44-70 berminvodysanatory@ukr.net www.berminvody.com.ua	Харківська обл., Дергачівський р-н, с. Березівське
	ДП «Клінічний санаторій «Жовтень» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(067) 938-49-40 (067) 912-44-95 (044) 259-15-70 zhovten1337@gmail.com http://www.zhovten.org/	м. Київ, КончаЗаспа, Столичне шосе, 27 км
	«Санаторій «Черемош» ДП «СКК «Моршинкурорт» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д дД	(067) 340-22-20 (067) 340-22-04 (03260) 6-23-76, 6-23-73 morshynkurort@ukr.net www.morshynkurort.net	Львівська обл., м. Моршин, вул. С. Бандери, 4
	ДП «Санаторій «Збруч» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(097) 408-75-02 (050) 052-87-56 dianazbruch73@ukr.net www.zbrytch.km.ua	Хмельницька обл., Городоцький р-н, смт. Сатанів, вул. Курортна, 17
	ДП «Санаторій «Шаян» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(03142) 59-2-30, 59-2-32, (096) 208-72-72 sanatoriyshayan@ukr.net http://ukrzdrav.com/dp-sanatorij-shayan.html	Закарпатська обл., Хустський р-н, с. Шаян
	Менський санаторій «Остреч»	Д	(067) 460-34-46 sanostrech@ukr.net www.ostrech.org	Чернігівська обл., Менський р-н, м. Мена Остреч

		ДП «Санаторій «Верховина» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(068) 555-35-28, (03146) 2-60-00 sojmy@ukr.net www.verhovuna.com	Закарпатська обл., Міжгірський р-н, с. Сойми, 1
		ДП «Клінічний санаторій «Карпати» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(050) 432-29-27 s.karpaty2011@ukr.net marketing_karpaty@ukr.net http://www.sankarpaty.com/	Закарпатська обл., Мукачівський р-н, с. Карпати, 1
		ДП «Клінічний санаторій «Авангард» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(097) 855-99-26 (04331) 2-17-13 avangard_nemirov@ukr.net http://sanatoriy-avangard.com	Вінницька обл., Немирівський р-н, м. Немирів, вул. Шевченка, 16
		ДП «Клінічний санаторій ім. Горького» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(050) 333-92-15 gorkogo.fssu@gmail.com gorkogo@te.net.ua www.gorkogo.com.ua	м. Одеса, Фонтанська дорога, 165
		ДП «Санаторій для дітей з батьками «Скадовськ» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д дД	(050) 494-81-71 (05537) 5-23-27 S_skadovsk@ukr.net www.sanatoriy.skadovsk.net	Херсонська обл., м. Скадовськ, вул. Набережна, 1
		Санаторій «Стожари» підприємства «Стожари» громадської організації осіб з інвалідністю «Велес»	Д	(03248) 4-80-18, 4-83-31 stogary.schidnica1@gmail.com	Львівська обл., смт Східниця вул. Зарічна, 9а

		ТОВ «Санаторій «Токарі»	Д	(0544) 53-89-25 stokari@ukr.net www.tokari.com.ua	Сумська обл., м. Лебедин, с. Токарі вул. Санаторна, 96
		Санаторій «Нафтуса Прикарпаття»	Д	(03244) 3-83-54 s.naftusia@gmail.com www.naftusia.wix.com/truskavets	Львівська обл., Дрогобицький р-н, с. Модричі, вул. Курортна, 1
		Волинський обласний санаторій «Лісова пісня»	Д	(096)798-32-21 (03355) 95-6-06 infolp556@ukr.net pisnya-lisova@ukr.net www.lp.volyn.ua	Волинська обл., Шацький р-н, с. Гаївка, вул. Пісочна, 6
		ТОВ «Примор'я» санаторій ім. С. Лазо	Д	(04849) 99-3-71 slazo2017@ukr.net http://lazo.com.ua	Одеська обл., м. Білгород-Дністровський смт Сергіївка, вул. Набережна, 3
		ДП «Санаторій «Сонячне Закарпаття» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д ДД	(03133) 3-54-41 son.zak@ukr.net www.sonzak.com.ua	Закарпатська обл., Свалявський р-н, с. Поляна вул. Курортна, 1а
		Санаторій «Алмаз» ТОВ «Українська готельна група»	Д ДД	(03247) 6-00-35 (044) 461-94-84 (066) 572-15-55 (098) 352-15-55 sales@tsk.in.ua www.almaz-truskavets.com.ua www.truskavetskurort.ua	Львівська обл., м. Трускавець, вул. Суховоля, 72

		ДП «Санаторій «Славутич» імені Б.В. Пашковського» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»	ДД	(068) 46-79-146 (098) 98-69-437 Slavutich-5@ukr.net www.slavutich.net.ua	Дніпропетровська обл., Верхньодніпровський р-н, м. Верхньодніпровськ
		ДП «Санаторій «Поляна» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д ДД	(066) 711-61-15 san.polyana.zak@gmail.com http://ukrzdrav.com/dp-sanatorij-polyana.html	Закарпатська обл., Свалявський р-н, с. Поляна, вул. Духновича, 104
		ПП «Ярина» Санаторій «Конвалія»	Д	(03247) 5-04-61, 6-70-77 (097)231-00-36 Konvalial@ukr.net www.konvalia.lviv.ua	Львівська обл., м. Трускавець, вул. Помірецька, 55
7	Медико-психологічна реабілітація учасників АТО: порушення адаптації, розлади, пов'язані із споживанням їжі, неорганічні розлади сну, соматоформні розлади, неврастенія	ТОВ Санаторій «Курорт Орлівщина»	Д	(067) 630-63-88 sekretar_dpsn@i.ua http://spa-kurort.com.ua/	Дніпропетровська обл., Новомосковський р-н, с. Орлівщина, вул. Лісна, 32
		«Санаторій «Полтава» ПрАТ «Миргородкурорт»	Д	(050) 405-80-13 skk@mirgorodkurort.com.ua , www.mirgorodkurort.ua	Полтавська обл., м. Миргород, вул. Гоголя, 112
		ДП «Клінічний санаторій «Роца» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(050)631-77-86 (067)573-01-02 roscha@ukrpost.net www.roscha.com.ua	Харківська обл., с. Пісочин, вул. Санаторна, 46
		ДП «Клінічний санаторій «Курорт Березівські мінеральні води» ЗАТ	Д	(050)811-44-70 berminvodysanatory@ukr.net www.berminvody.com.ua	Харківська обл., Дергачівський р-н, с. Березівське

		«Укрпрофоздоровниця»			
		ДП «Клінічний санаторій «Жовтень» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(067) 938-49-40 (044) 259-15-70 (067) 912-44-95 zhovten1337@gmail.com http://www.zhovten.org/	м. Київ, КончаЗаспа, Столичне шосе, 27 км
		«Санаторій «Дністер» ДП «СКК «Моршинкурорт» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(067) 340-22-20 (067) 340-22-04 (03260) 6-23-76, 6-23-73 morshynkurort@ukr.net www.morshynkurort.net	Львівська обл., м. Моршин, вул. С. Бандери, 6 Б
		ТОВ «Санаторій «Сонячний»	Д	(066) 347-00-25 (067) 192-30-15 (050) 552-90-53 solnechnuj@ukr.net www.solnechnyi.com.ua	Дніпропетровська обл., Павлоградський р-н, с. Вербки, вул. Лісова, 3
		ДП «Клінічний санаторій «Авангард» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(097) 855-99-26 (04331) 2-17-13 avangard_nemirov@ukr.net http://sanatoriy-avangard.com	Вінницька обл., Немирівський р-н, м. Немирів, вул. Шевченка, 16
		Менський санаторій «Остреч»	Д	(067) 460-34-46 sanostrech@ukr.net www.ostrech.org	Чернігівська обл., Менський р-н, м. Мена Остреч
		ДП «Санаторій «Верховина» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(068) 555-35-28 (03146) 2-60-00 sojmy@ukr.net www.verhovuna.com	Закарпатська обл., Міжгірський р-н, с. Сойми, 1

		ДП «Санаторій «Славутич» імені Б.В. Пашковського» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(068) 46-79-146, (098) 98-69-437 Slavutich-5@ukr.net www.slavutich.net.ua	Дніпропетровська обл., Верхньодніпровський р-н, м. Верхньодніпровськ
		ДП «Клінічний санаторій «Карпати» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(050) 432-29-27 s.karpaty2011@ukr.net marketing_karpaty@ukr.net http://www.sankarpaty.com/	Закарпатська обл., Мукачівський р-н, с. Карпати, 1
		ДП «Клінічний санаторій ім. Горького» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(050) 333-92-15 gorkogo.fssu@gmail.com gorkogo@te.net.ua www.gorkogo.com.ua	м. Одеса, Фонтанська дорога, 165
		ДП «Санаторій для дітей з батьками «Скадовськ» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(050) 494-81-71, (05537) 5-23-27 S_skadovsk@ukr.net www.sanatoriy.skadovsk.net	Херсонська обл., м. Скадовськ, вул. Набережна, 1
		ДП «СКРЦ «Слов'янський курорт» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(06262)2-33-15, (050)051-00-97 (066)783-23-51, (066)661-08-68 sslavkurort@gmail.com www.slavkurort.org.ua	Донецька обл., м. Слов'янськ вул. Золочевського, 1
		ДП «Санаторій «Україна» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(067) 356-67-82 (063) 578-18-00 Ukraine.sanatorium@gmail.com www.ukraine-vorsel.in.ua	Київська обл., Ірпінський р-н, смт Ворзель, вул. Стражеска, 26

		ТОВ «Примор'я» санаторій ім. С. Лазо	Д	(04849) 99-3-71 slazo2017@ukr.net http://lazo.com.ua	Одеська обл., м. Білгород-Дністровський сміт Сергіївка, вул. Набережна, 3
		ДП «Санаторій «Черче» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(096) 965-30-10 (03435) 71-2-21 cherche@meta.ua http://ukrzdrav.com/dp-sanatorij-cherche.html	Івано-Франківська обл., Рогатинський р-н, с. Черче
		ПП «Ярина» Санаторій «Конвалія»	Д	(03247) 5-04-61, 6-70-77 (097)231-00-36 Konvalial@ukr.net www.konvalia.lviv.ua	Львівська обл., м. Трускавець, вул. Помірецька, 55
8	Реабілітація після оперативних втручань на органах зору: підгострий період після оперативних втручань на органах зору	«Клінічний санаторій «Великий Луг» ПрАТ «Приазовкурорт»	Д	(050) 750-45-98 (061) 286-96-83, 286-96-82 velikiylug@ukr.net http://ukrzdrav.com/dp-klinichnij-sanatorij-velikij-lug.html	Запорізька обл., м. Запоріжжя, вул. Ленська, 45
		«Санаторій «Миргород» ПрАТ «Миргородкурорт»	Д	(050) 405-80-11 (05355) 5-31-48, 5-26-50 skk@mirgorodkurort.com.ua www.mirgorodkurort.ua	Полтавська обл., м. Миргород, вул. Гоголя, 112
		ДП «Клінічний санаторій «Роща» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(050) 631-77-86 (067) 573-01-02 roscha@ukrpost.net www.roscha.com.ua	Харківська обл., с. Пісочин, вул. Санаторна, 46
		ДП «Клінічний санаторій	Д	(067) 938-49-40	м. Київ, КончаЗаспа,

		«Жовтень» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»		(067) 912-44-95 (044) 259-15-70 zhovten1337@gmail.com http://www.zhovten.org/	Столичне шосе, 27 км
		ДП «Санаторій «Славутич» імені Б.В. Пашковського» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(068) 46-79-146 (098) 98-69-437 Slavutich-5@ukr.net www.slavutich.net.ua	Дніпропетровська обл., Верхньодніпровський р-н, м. Верхньодніпровськ
		ДП «Клінічний санаторій ім. Горького» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(050) 333-92-15 gorkogo.fssu@gmail.com gorkogo@te.net.ua www.gorkogo.com.ua	м. Одеса, Фонтанська дорога, 165
		ДП «Клінічний санаторій «Авангард» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д дД	(097) 855-99-26 (04331) 2-17-13 avangard_nemirov@ukr.net http://sanatoriy-avangard.com	Вінницька обл., Немирівський р-н, м. Немирів, вул. Шевченка, 16
		ТОВ «Санаторій «Барвінок» офтальмологічний санаторій»	Д дД	(03540) 3-12-17, 3-16-06 San-barvinok47235@ukr.net www.sanbarvinok.zakupka.com	Тернопільська обл., Зборівський р-н с. Мшанець, хутір Манюки, 2
9	Реабілітація при порушенні перебігу вагітності: ускладнена вагітність	«Клінічний санаторій «Великий Луг» ПрАТ «Приазовкурорт»	Д	(050) 750-45-98 (061) 286-96-83, 286-96-82 velikiylug@ukr.net http://ukrzdrav.com/dp-klinichnij-sanatorij-velikij-lug.html	Запорізька обл., м. Запоріжжя, вул. Ленська, 45
		«Санаторій «Хорол» ПрАТ «Миргородкурорт»	Д	(050) 405-80-14 skk@mirgorodkurort.com.ua	Полтавська обл., м. Миргород,

			www.mirgorodkurort.ua	вул. Гоголя, 112
	ДП «Санаторій «Високий» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(057) 746-44-40 (096) 916-00-26 vysokiy@i.ua http://ukrzdrav.com/dp-sanatorij-visokij.html	Харківська обл., смт. Високий, вул. Кооперативна, 43
	ДП «Санаторій «Гопри» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(095) 350-41-57 (067) 704-89-50 (05539) 7-84-46 gopri.ekonom@gmail.com goprizdrav@online.ua www.sanatoriy-gopri.com.ua	Херсонська обл., м. Гола Пристань, вул. Санаторна (Леніна), 72
	ДП «Клінічний санаторій «Жовтень» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(067) 938-49-40 (044) 259-15-70 (067) 912-44-95 zhovten1337@gmail.com http://www.zhovten.org/	м. Київ, Конча-Заспа, Столичне шосе, 27 км
	ДП «Південь-Курорт-Сервіс» Санаторій «Орізонт»	Д	(050) 495-30-01 (050) 148-48-08 (068) 548-48-08 orizont-pks@ukr.net	Одеська обл., Білгород-Дністровський р-н, смт. Сергіївка, вул. Гагаріна, 1а
	ДП «Клінічний санаторій «Авангард» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(097) 855-99-26 (04331) 2-17-13 avangard_nemirov@ukr.net http://sanatoriy-avangard.com	Вінницька обл., Немирівський р-н, м. Немирів, вул. Шевченка, 16

	ДП «Санаторій «Славутич» імені Б.В. Пашковського» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(068) 46-79-146 (098) 98-69-437 Slavutich-5@ukr.net www.slavutich.net.ua	Дніпропетровська обл., Верхньодніпровський р-н, м. Верхньодніпровськ
	ДП «Клінічний санаторій «Карпати» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(050) 432-29-27 s.karpaty2011@ukr.net marketing_karpaty@ukr.net http://www.sankarpaty.com/	Закарпатська обл., Мукачівський р-н, с. Карпати, 1
	ДП «Клінічний санаторій ім. Пирогова» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(093) 89-43-208 (048) 703-19-59 info@kuyalnik.com.ua info.kuyalnik@gmail.com www.kuyalnik.com.ua	Одеська обл., Суворовський р-н, м. Одеса, вул. Лиманна, 170
	ДП «СКРЦ «Слов'янський курорт» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(06262)2-33-15, (050)051-00-97 (066)783-23-51, (066)661-08-68 sslavkurort@gmail.com www.slavkurort.org.ua	Донецька обл., м. Слов'янськ вул. Золочевського, 1
	ДП «Санаторій «Україна» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(067) 356-67-82 (063) 578-18-00 Ukraine.sanatorium@gmail.com www.ukraine-vorsel.in.ua	Київська обл., Ірпінський р-н, смт. Ворзель, вул. Стражеска, 26
	ДП Санаторій «Любінь Великий» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(096) 690-97-57 sanatoriy@ua.fm http://ukrzdrav.com/dp-sanatorij-lyubin-velikij.html	Львівська обл., смт. Великий Любінь, вул. Львівська, 16

10	<p align="center">Інша (соматична) реабілітація:</p> <p align="center">підгострий період після оперативних втручань на органах травлення</p>	«Клінічний санаторій «Великий Луг» ПрАТ «Приазовкурорт»	Д	(050) 750-45-98 (061) 286-96-83, 286-96-82 velikiylug@ukr.net http://ukrzdrav.com/dp-klinichnij-sanatorij-velikij-lug.html	Запорізька обл., м. Запоріжжя, вул. Ленська, 45
		ТОВ Санаторій «Курорт Орлівщина»	Д	(067) 630-63-88 sekretar_dpsn@i.ua http://spa-kurort.com.ua/	Дніпропетровська обл., Новомосковський р-н, с. Орлівщина, вул. Лісна, 32
		«Санаторій «Полтава» ПрАТ «Миргородкурорт»	Д	(050) 405-80-13 skk@mirgorodkurort.com.ua www.mirgorodkurort.ua	Полтавська обл., м. Миргород, вул. Гоголя, 112
		ДП «Клінічний санаторій «Курорт Березівські мінеральні води» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(050) 811-44-70 berminvodysanatory@ukr.net www.berminvody.com.ua	Харківська обл., Дергачівський р-н, с. Березівське
		ДП «Клінічний санаторій «Жовтень» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(067) 938-49-40, (067) 912-44-95, (044) 259-15-70 zhovten1337@gmail.com http://www.zhovten.org/	м. Київ, Конча-Заспа, Столичне шосе, 27 км
		«Санаторій «Лаванда» ДП «СКК «Моршинкурорт» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(067) 340-22-20, (067) 340-22-04 (03260) 6-23-76, 6-23-73 morshynkurort@ukr.net www.morshynkurort.net	Львівська обл., м. Моршин, вул. І. Франка, 33а

		ДП «Санаторій «Збруч» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(097) 408-75-02, (050) 052-87-56 dianazbruch73@ukr.net www.zbrytch.km.ua	Хмельницька обл., Городоцький р-н, смт. Сатанів, вул. Курортна, 17
		ДП «Санаторій «Шаян» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(03142) 59-2-30, 59-2-32 (096) 208-72-72 sanatoriyshayan_@ukr.net http://ukrzdrav.com/dp-sanatorij-shayan.html	Закарпатська обл., Хустський р-н, с. Шаян
		ДП «Клінічний санаторій «Авангард» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(097) 855-99-26 (04331) 2-17-13 avangard_nemirov@ukr.net http://sanatoriy-avangard.com	Вінницька обл., Немирівський р-н, м. Немирів, вул. Шевченка, 16
		Менський санаторій «Остреч»	Д	(067) 460-34-46 sanostrech@ukr.net www.ostrech.org	Чернігівська обл., Менський р-н, м. Мена Остреч
		ДП «Санаторій «Верховина» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(068) 555-35-28 (03146) 2-60-00 sojmy@ukr.net www.verhovuna.com	Закарпатська обл., Міжгірський р-н, с. Сойми, 1
		ДП «Клінічний санаторій «Карпати» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(050) 432-29-27 s.karpaty2011@ukr.net marketing_karpaty@ukr.net http://www.sankarpaty.com/	Закарпатська обл., Мукачівський р-н, с. Карпати, 1
		ДП «Клінічний санаторій ім. Горького» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(050) 333-92-15 gorkogo.fssu@gmail.com gorkogo@te.net.ua	м. Одеса, Фонтанська дорога, 165

			www.gorkogo.com.ua	
	ТОВ «Новопсковський санаторій «Перлина»	Д	(06463) 2-11-90, 2-19-93 perlinanovopskov@ukr.net www.jemchyjina.lg.ua	Луганська обл., Новопсковський р-н смт Новопсков вул. Українська, 218
	ПрАТ "Санаторно-готельний комплекс «Дніпро-Бескид»	Д	(03247) 5-17-05, 6-61-91 admin@beskyd.com.ua http://www.beskyd.com.ua	Львівська обл., м. Трускавець, вул. Мазепи, 1
	Санаторій «Стожари» підприємства «Стожари» громадської організації осіб з інвалідністю «Велес»	Д	(03248) 4-80-18, 4-83-31 stogary.schidnica1@gmail.com	Львівська обл., смт Східниця вул. Зарічна, 9а
	ДП «Санаторій «Сонячне Закарпаття» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(03133) 3-54-41 son.zak@ukr.net www.sonzak.com.ua	Закарпатська обл., Свалявський р-н, с. Поляна, вул.Курортна, 1а
	ТОВ «Санаторій «Токарі»	Д	(0544) 53-89-25 stokari@ukr.net www.tokari.com.ua	Сумська обл., м. Лебедин, с. Токарі вул. Санаторна, 96
	Санаторій «Нафтуса Прикарпаття»	Д	(03244) 3-83-54 s.naftusia@gmail.com www.naftusia.wix.com/truskavets	Львівська обл., Дрогобицький р-н, с. Модричі, вул. Курортна, 1
	ДП «Санаторій «Україна» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»	ДД	(067) 356-67-82 (063) 578-18-00 Ukraine.sanatorium@gmail.com www.ukraine-vorsel.in.ua	Київська обл., Ірпінський р-н, смт Ворзель, вул. Стражеска, 26

		Санаторій «Прикарпатська ватра» оздоровчого комплексу «Прикарпатська ватра» філії «Агрогаз» АТ «УКРТРАНСГАЗ»	Д	(03245) 6-82-62 vatra.prykarp@ukr.net http://prykarpatskavatra.com	Львівська обл., Стрийський р-н, с. Баня-Лисовицька, вул. Курортна, 55
		Санаторій «Алмаз» ТОВ «Українська готельна група»	Д	(03247) 6-00-35 (044) 461-94-84 (066) 572-15-55 (098) 352-15-55 sales@tsk.in.ua www.almaz-truskavets.com.ua www.truskavetskurort.ua	Львівська обл., м. Трускавець, вул. Суховоля, 72
		ДП «Санаторій «Поляна» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(066) 711-61-15 san.polyana.zak@gmail.com http://ukrzdrav.com/dp-sanatorij-polyana.html	Закарпатська обл., Свалявський р-н, с. Поляна, вул. Духновича, 104
		ПП «Ярина» Санаторій «Конвалія»	Д	(03247) 5-04-61, 6-70-77 (097)231-00-36 Konvalial@ukr.net www.konvalia.lviv.ua	Львівська обл., м. Трускавець, вул. Помірецька, 55
11	Інша (соматична) реабілітація: підгострий період після	«Санаторій «Миргород» ПрАТ «Миргородкурорт»	Д	(050) 405-80-11 (05355) 5-31-48, 5-26-50 skk@mirgorodkurort.com.ua http://www.mirgorodkurort.ua/	Полтавська обл., м. Миргород, вул. Гоголя, 112

оперативних втручань на органах сечостатевої системи (оперативного та інструментального видалення каменів з нирок і сечових шляхів, ударно-хвильової літотрипсії)	ДП «Клінічний санаторій «Курорт Березівські мінеральні води» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(050) 811-44-70 berminvodysanatory@ukr.net www.berminvody.com.ua	Харківська обл., Дергачівський р-н с. Березівське
	«Санаторій «Черемош» ДП «СКК «Моршинкурорт» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(067) 340-22-20 (067) 340-22-04 (03260) 6-23-76, 6-23-73 morshynkurort@ukr.net www.morshynkurort.net	Львівська обл., м. Моршин, вул. С. Бандери, 4
	ДП «Санаторій «Збруч»ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(097) 408-75-02 (050) 052-87-56 dianazbruch73@ukr.net www.zbrytch.km.ua	Хмельницька обл., Городоцький р-н, смт. Сатанів, вул. Курортна, 17
	ДП «Клінічний санаторій «Авангард» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(097) 855-99-26 (04331) 2-17-13 avangard_nemirov@ukr.net http://sanatoriy-avangard.com	Вінницька обл., Немирівський р-н, м. Немирів, вул. Шевченка, 16
	ДП «Клінічний санаторій «Карпати» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(050) 432-29-27 s.karpaty2011@ukr.net marketing_karpaty@ukr.net http://www.sankarpaty.com/	Закарпатська обл., Мукачівський р-н, с. Карпати, 1
	ДП «Клінічний санаторій ім. Горького» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(050) 333-92-15 gorkogo.fssu@gmail.com gorkogo@te.net.ua www.gorkogo.com.ua	м. Одеса, Фонтанська дорога, 165

		ПрАТ «Санаторно-готельний комплекс «Дніпро-Бескид»	Д	(03247) 5-17-05, 6-61-91 admin@beskyd.com.ua http://www.beskyd.com.ua	Львівська обл., м. Трускавець, вул. Мазепи, 1
		Санаторій «Стожари» підприємства «Стожари» громадської організації осіб з інвалідністю «Велес»	Д	(03248) 4-80-18, 4-83-31 stogary.schidnica1@gmail.com	Львівська обл., смт Східниця вул. Зарічна, 9а
		ТОВ «Санаторій «Токарі»	Д	(0544) 53-89-25 stokari@ukr.net www.tokari.com.ua	Сумська обл., м. Лебедин, с. Токарі вул. Санаторна, 96
		Санаторій «Нафтуса Прикарпаття»	Д	(03244) 3-83-54 s.naftusia@gmail.com www.naftusia.wix.com/truskavets	Львівська обл., Дрогобицький р-н, с. Модричі, вул. Курортна, 1
		Санаторій «Алмаз» ТОВ «Українська готельна група»	Д	(03247) 6-00-35 (044) 461-94-84 (066) 572-15-55 (098) 352-15-55 sales@tsk.in.ua www.almaz-truskavets.com.ua www.truskavetskurort.ua	Львівська обл., м. Трускавець, вул. Суховоля, 72
		ПП «Ярина» Санаторій «Конвалія»	Д	(03247) 5-04-61, 6-70-77 (097)231-00-36 Konvalial@ukr.net www.konvalia.lviv.ua	Львівська обл., м. Трускавець, вул. Помірецька, 55
12	Інша (соматична) реабілітація:	ТОВ Санаторій «Курорт Орлівщина»	Д	(067) 630-63-88 sekretar_dpsn@i.ua http://spa-kurort.com.ua/	Дніпропетровська обл., Новомосковський р-н, с. Орлівщина, вул. Лісна, 32

підгострий період після оперативних втручань на жіночих статевих органах	ДП «Санаторій «Гопри» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(095) 350-41-57 (067) 704-89-50 (05539) 7-84-46 gopri.ekonom@gmail.com goprizdrav@online.ua www.sanatoriy-gopri.com.ua	Херсонська обл., м. Гола Пристань, вул. Санаторна (Леніна), 72
	ДП «Клінічний санаторій «Курорт Березівські мінеральні води» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(050) 811-44-70 berminvodysanatory@ukr.net www.berminvody.com.ua	Харківська обл., Дергачівський р-н, с. Березівське
	«Санаторій «Перлина Прикарпаття» ДП «СКК «Моршинкурорт» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(067) 340-22-20 (067) 340-22-04 (03260) 6-23-76, 6-23-73 morshynkurort@ukr.net www.morshynkurort.net	Львівська обл., м. Моршин, вул. С. Бандери, 5
	ДП «Санаторій «Славутич» імені Б.В. Пашковського» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(068) 46-79-146 (098) 98-69-437 Slavutich-5@ukr.net www.slavutich.net.ua	Дніпропетровська обл., Верхньодніпровський р-н, м. Верхньодніпровськ
	ДП «Клінічний санаторій «Карпати» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(050) 432-29-27 s.karpaty2011@ukr.net marketing_karpaty@ukr.net http://www.sankarpaty.com	Закарпатська обл., Мукачівський р-н, с. Карпати, 1
	ДП «Клінічний санаторій «Авангард» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(097) 855-99-26 (04331) 2-17-13 avangard_nemirov@ukr.net http://sanatoriy-avangard.com	Вінницька обл., Немирівський р-н, м. Немирів, вул. Шевченка, 16

		ДП «Клінічний санаторій ім. Пирогова» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(093) 89-43-208 (048) 703-19-59 info@kuyalnik.com.ua info.kuyalnik@gmail.com www.kuyalnik.com.ua	Одеська обл., Суворовський р-н, м. Одеса, вул. Лиманна, 170
		ПрАТ «Санаторно-готельний комплекс «Дніпро-Бескид»	Д	(03247) 5-17-05, 6-61-91 admin@beskyd.com.ua http://www.beskyd.com.ua	Львівська обл., м. Трускавець, вул. Мазепи, 1
		ТОВ «Примор'я» санаторій ім. С. Лазо	Д	(04849) 99-3-71 slazo2017@ukr.net http://lazo.com.ua/	Одеська обл., м. Білгород-Дністровський смт Сергіївка, вул. Набережна, 3
		ДП «Санаторій «Сонячне Закарпаття» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(03133) 3-54-41 son.zak@ukr.net www.sonzak.com.ua	Закарпатська обл., Свалявський р-н, с. Поляна, вул. Курортна, 1а
		ДП «Санаторій «Поляна» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»	Д	(066) 711-61-15 san.polyana.zak@gmail.com http://ukrzdrav.com/dp-sanatorij-polyana.html	Закарпатська обл., Свалявський р-н, с. Поляна, вул. Духновича, 104
		«Санаторій «Хорол» ПрАТ «Миргородкурорт»	Д	(050) 405-80-14 skk@mirgorodkurort.com.ua www.mirgorodkurort.ua	Полтавська обл., м. Миргород, вул. Гоголя, 112

* Д – дорослий, дД – дитина у супроводі дорослого

За відомчою підпорядкованістю основна мережа санаторно-курортних комплексів належить ЗАТ «Укрпрофоздоровниця», а також окремим відомствам – Міністерству внутрішніх справ України (МВС), Службі безпеки України (СБУ), Міністерству оборони (МО), Державній службі надзвичайних ситуацій (ДСНС), Мінсоцполітики, АТ «Укрзалізниця», МОЗ тощо.

Санаторні комплекси, що належать МВС [69]: медичний реабілітаційний центр (МРЦ), «Затока» – Одеська обл., МЦР «Кременці» – на території Українських Карпат, МРЦ «Миргород» – Полтавська область, МРЦ «Південний Буг» – Вінницька область, МРЦ «Шаян» – Закарпатська область, лікарня відновного лікування «Пуца-Водиця» – Київська область, лікарня відновного лікування «Хутір Вільний» – Київська область, «Перлина Прикарпаття» – Львівська область.

Санаторно-курортні комплекси, що належать СБУ [70]: санаторії «Одеса» – м. Одеса, санаторій «Трускавець» – Львівська область; оздоровчий табір «Маяк» – м. Бердянськ – це здравниця сімейного відпочинку; оздоровчий табір «Лісний» – Київська область. Здравниця спеціалізується на проблемах: серцево-судинної системи; кровообігу; дихання; опорно-рухового апарату; нервової системи; урології; гінекології; шкіри.

Санаторно-курортні заклади Міністерства оборони України [68]: на сьогодні у складі Міністерства оборони України залишилось тільки три санаторно-курортні заклади і одне санаторне відділення загальною місткістю на 1400 ліжок. Фактично розгорнуто (у зв'язку з необхідністю проведення капітального ремонту корпусів) – 1085 ліжок, в тому числі:

- *Центр медичної реабілітації та санаторного лікування «Трускавецький».*
На 600 ліжок, фактично розгорнуто 500 ліжок.

Львівська область, м. Трускавець, вулиця Городище, 4, поштовий індекс 82200, сайт: www.centermed.in.ua, телефони +38 (03247) 515-23, +38 (03247) 510-67;

- *Центр медичної реабілітації та санаторного лікування «Пуца-Водиця».*
На 250 ліжок.

м. Київ-75, вулиця Гамарника, 60, поштовий індекс 04075, сайт: www.puschavodica.com.ua, телефон: +38 (044) 401-91-22;

- *Центральний військовий клінічний санаторій «Хмільник»*. На 450 ліжок, фактично розгорнуто 235 ліжок.

Вінницька область, м. Хмільник, вулиця 1 Травня, 39, поштовий індекс 22020, сайт: uks-hmelnik.com, телефони: +38 (04338) 226-40, +38 (063) 193-69-01.

- *Санаторне відділення Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону*. На 100 ліжок.

м. Вінниця, вулиця Князів Коріатовичів, 185, поштовий індекс 21000, сайт: www.mmc.vinnica.ua, телефони: +38 (0432) 53-22-11, +38 (0432) 67-42-67, +38 (0432) 53-18-15.

- *Центр медичної реабілітації та санаторного лікування «Одеський»* – з 01.05.2019 року.

Ліжкова місткість наявних санаторно-курортних закладів дозволяє щорічно пролікувати (з урахуванням фактично розгорнутих ліжок та закриття на ремонт) близько 17 тис. осіб.

У межах наявної ліжкової місткості у кожному санаторно-курортному закладі розгорнуті *профільні реабілітаційні відділення*, а саме:

- У *Центрі медичної реабілітації та санаторного лікування «Трускавецький»* – переважно для хворих з наслідками поранень внутрішніх органів, органів сечостатевої системи, психологічною травмою;

- У *Центрі медичної реабілітації та санаторного лікування «Пуца-Водиця»* – переважно для хворих з наслідками поранень і травм нервової системи, опорно-рухового апарату, психологічною травмою;

- У *Центральному військовому клінічному санаторії «Хмільник»* – переважно для хворих з пораненнями та травмами опорно-рухового апарату, периферичних нервів, захворюваннями шкіри та психологічною травмою.

- У *санаторному відділенні Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону* – переважно для хворих з порушенням системи кровообігу, нервової системи, ендокринної системи, опорно-рухового апарату та із захворюваннями шлунково-кишкового тракту.

Санаторії Державної служби надзвичайних ситуацій України (ДСНС) [72]:

- *Санаторій «Одеський»* – є єдиною санаторно-курортною установою ДСНС України, де проводиться санаторно-курортне лікування співробітників ДСНС і членів їх сімей, медико-психологічна реабілітація рятувальників, учасників АТО та інших категорій громадян. В 2019 році санаторій «Одеський» був перейменований в Медичний реабілітаційний центр «Одеський».

Захворювання, профільні для санаторію «Одеський»:

- серцево-судинної системи;
- хронічні захворювання легенів (нетуберкульозного характеру);
- сечостатевої системи;
- ендокринної системи та порушень обміну речовин;
- периферичної нервової системи;
- опорно-рухового апарату;
- проводиться медико-психологічна реабілітація психотерапевтом,

психофізіологами та психологами.

Санаторії Міністерства соціальної політики України.

Корпоративні заклади, що забезпечують санаторно-курортне оздоровлення та відпочинок працівників *АТ «Укрзалізниця»*[73]:

- *Санаторій «Світязянка»*

Адреса: Львівська обл., м. Трускавець

Покази для санаторно-курортного лікування:

- захворювання сечовидільної системи;
- захворювання органів травлення;
- захворювання печінки та жовчовивідних шляхів;
- цукровий діабет 1 і 2 типів, компенсований.

- *Санаторій «Медичний центр реабілітації залізничників»*

Адреса: м. Хмільник, Вінницька область.

Знаходиться у парковій зоні курорту Хмільник із теренкурами, спортивними площадками, озерами та пляжем.

Покази для санаторно-курортного лікування:

- захворювання ендокринної системи;

- жіночих статевих органів;
- опікова хвороба;
- опорно-рухового апарату;
- ротової порожнини;
- серцево-судинної системи;
- системи травлення;
- чоловічих статевих органів;
- шкіри та підшкірної клітковини.

- *Медико-реабілітаційний центр лікарні с. Клубівка*

Розташований в Ізяславському районі, що на Хмельниччині.

Покази для санаторно-курортного лікування:

- захворювання серцево-судинної системи;
- органів дихання;
- кістково-м'язової системи;
- нервової системи.

- *Санаторій імені М. Гоголя*

Адреса: м. Миргород

Покази для санаторно-курортного лікування:

- захворювання кишківника;
- захворювання обміну речовин;
- захворювання органів травлення після хірургічного лікування;
- захворювання периферичної нервової системи та опорно-рухового апарату;
- захворювання печінки, жовчного міхура, жовчовивідних шляхів;
- захворювання шлунку;
- захворювання підшлункової залози;
- цукровий діабет II типу.

- *Лікувально-оздоровчий комплекс «Біла акація»*

Адреса: м. Одеса

У складі санаторію успішно функціонують клініки неврології і

психосоматики, офтальмоендокринології і кардіології, центр відновного лікування та клініко-діагностичне відділення. Санаторій підтримує тісні ділові зв'язки з підприємствами Одеської залізниці, Фондом соціального страхування України та Українським НДІ медичної реабілітації та курортології.

- *Трускавецький спеціалізований санаторій «Батьківщина»*

Адреса: Львівська область, м. Трускавець.

Гастроентерологічного та урологічного профілю. Надає медичні послуги ветеранам війни.

- *Миргородський спеціалізований санаторій «Слава»*

Адреса: Полтавська область, м. Миргород.

Гастроентерологічного профілю. Надає медичні послуги ветеранам війни та особам з інвалідністю.

- *Спеціалізований клінічний санаторій «Перемога»*

Адреса: м. Київ.

Лікування захворювань серцево-судинної системи. Надає медичні послуги ветеранам війни.

- *Одеський спеціалізований санаторій «Салют»*

Адреса: м. Одеса.

Лікування нервових захворювань та захворювань опорно-рухового апарату. Надає медичні послуги ветеранам війни.

- *Клінічний санаторій «Аркадія»* Державної прикордонної служби України

сертифікований як тризірковий, розрахований на 210 ліжко-місць, розміщений на високому береговому плато в колишньому маєтку князя Гагаріна.

Здійснює санаторно-курортне лікування хворим з патологією:

- серцево-судинної системи;
- органів дихання;
- центральної і периферичної нервової системи;
- шлунково-кишкового тракту;
- сечостатевої системи.

До МОЗ України відносяться 14 санаторіїв загальнодержавного значення, які

обслуговують окрему категорію пацієнтів, таких як діти з ДЦП, хворі на туберкульоз різних форм та інше (в тому числі 8 дитячих санаторіїв). Загальна потужність їх складає 4145 ліжок. Середня тривалість курсу лікування 33 дні. Середня вартість курсу лікування в 2016 році становила понад 8000 грн. [74].

А також санаторно-курортні комплекси для проведення медичної реабілітації учасників АТО різної відомчої підпорядкованості [72]:

- Товариство з обмеженою відповідальністю «Золота Нива» – Одеська область;
- Дочірнє підприємство «Південь – Курорт – Сервіс» на базі санаторію «Орізонт» – Одеська область;
- Товариство з обмеженою відповідальністю «Санаторій Сонячний» – Дніпропетровська область;
- Дочірнє підприємство санаторій «Дніпровський» закритого акціонерного товариства лікувально-оздоровчих закладів профспілок України «Укрпрофздоровниця» – Дніпропетровська область;
- Товариство з обмеженою відповідальністю «Санаторій «Гусарське урочище»» – Кіровоградська область;
- Державне підприємство «Санаторій «Конча-Заспа» – м. Київ;
- Товариство з обмеженою відповідальністю «Санаторій «Феофанія»» – м. Київ;
- Товариство з обмеженою відповідальністю «Санаторій «Карпатські Зорі». Центр реабілітації та оздоровниця – Львівська область.

За географічним розташуванням перелік санаторно-курортних комплексів надається в таблиці 3 [77].

ПЕРЕЛІК
санаторно-курортних закладів у розрізі регіонів, місце розташування
та профілів санаторно-курортного лікування

№ з/п	Регіон (область) розташування санаторно-курортного закладу	Назва санаторно-курортного закладу	Профілі лікування, за якими надаються послуги з санаторно-курортного лікування потерпілим	Місцерозташування санаторно-курортного закладу (адреса, веб-сайт, контактні телефони)
I	ВІННИЦЬКА ОБЛАСТЬ	1. ДП "Клінічний санаторій "Авангард" ЗАТ "Укрпроф-оздоровниця"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання системи кровообігу - захворювання органів травлення - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання органів дихання - захворювання ендокринної системи - захворювання шкіри - захворювання урологічного профілю - захворювання органів зору - лікування наслідків опіків 	22800, Вінницька область, Немирівський р-н, м. Немирів, вул. Шевченка, буд. 16 http://sanatoriy-avangard.com контактні телефони: (04331) 2-17-13, 2-15-46, 2-23-26
II	ВОЛИНСЬКА ОБЛАСТЬ	2. ВОС "Лісова пісня"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання системи кровообігу - захворювання органів травлення - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання ендокринної системи - захворювання органів дихання - захворювання шкіри 	44009, Волинська обл., Шацький р-н, с. Гаївка, вул. Пісочна, буд. 6, http://lp.volyn.ua контактні телефони: (03355) 9-56-06

				(096) 798-32-21 (068) 915-68-35
		3. КП Санаторій матері і дитини "Пролісок"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання органів травлення - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання органів дихання - захворювання ендокринної системи 	45235, Волинська обл., Ківерцівський р-н, с.Грем'яче, вул. Грушевського, буд. 100 http://www.prolisok.info контактні телефони: (03365) 9-68-19 (095) 554-64-74 (097) 212-50-61
III	ДНІПРО- ПЕТРОВСЬКА ОБЛАСТЬ	4. ТОВ "Санаторій "Курорт Орлівщина"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання системи кровообігу - захворювання органів травлення - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання органів дихання - захворювання ендокринної системи - захворювання урологічного профілю 	51215, Дніпропетровська обл., Новомосковський р-н, с. Орлівщина, вул. Лісна, буд. 32 http://spa-kurort.com.ua контактні телефони: (067) 565-85-95
		5. ДП "Санаторій "Славутич" імені Б.В. Пашковського" ПрАТ "Укрпрофоздоровниця"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання системи кровообігу - захворювання органів травлення - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання органів дихання - захворювання шкіри - захворювання органів зору - лікування наслідків опіків 	51601, Дніпропетровська область, м. Верхньодніпровськ http://www.slavutich.net.ua контактні телефони: (05658) 3-27-53, 3-27-45

		6. ТОВ "Санаторій "Сонячний"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання системи кровообігу - захворювання органів травлення - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання органів дихання - захворювання шкіри - захворювання урологічного профілю - лікування наслідків опіків 	51453, Дніпропетровська область, Павлоградський р-н, с. Вербки, вул. Лісова, буд. 3 http://solnechnyi.com.ua контактні телефони: (067) 192-30-15 (050) 552-90-53
IV	ДОНЕЦЬКА ОБЛАСТЬ	7. ДП СКРЦ "Слов'янський курорт" ЗАТ "Укрпроф- оздоровниця"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання хребта та спинного мозку 	84110, Донецька область, м. Слов'янськ, вул. Пушкінська, буд. 2 http://slavkurort.org.ua контактні телефони: (06262) 2-33-15 (050) 051-0097 (066) 783-23-51
V	ЖИТОМИРСЬКА ОБЛАСТЬ	8. КП ЖОЛСЦРЗ "Дениші"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання системи кровообігу - захворювання органів травлення - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання органів дихання 	12422, Житомирська обл., Житомирський район, с. Дениші, вул. Набережна, буд. 1 http://www.denyshi.com.ua контактні телефони: (0412) 49-60-05

VI	ЗАКАРПАТСЬКА ОБЛАСТЬ	9. ТОВ "Готіс" санаторій "Гірська Тиса"	- захворювання кістково-м'язової системи	390640, Закарпатська область, Рахівський р-н, с. Кваси, буд. 16 http://tisa.uz.ua контактні телефони: (03132) 3-24-16 (044) 364-35-55
		10. ДП "Клінічний санаторій "Карпати" ЗАТ "Укрпрофоздоров ниця"	- захворювання системи кровообігу - захворювання органів травлення - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання органів дихання - захворювання ендокринної системи - захворювання урологічного профілю	89641, Закарпатська область, Мукачівський район, с. Карпати, буд. 1 http://www.sankarpaty.com контактні телефони: (03131) 5-44-33, 7-33-07, 4-99-16
		11. ТОВ "Велнес- Карпатія" санаторій "Карпатія"	- захворювання органів дихання	90457, Закарпатська область, Хустський район, с. Шаян, вул. Центральна, буд. 87 http://www.karpatia.com.ua контактні телефони: (03142) 5-92-28 (067) 312-76-49

		12. ПП "Джерело-2" Санаторій "Орлине Гніздо"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи 	<p>90300, Закарпатська обл., Виноградівський р-н, м. Виноградів, урочище Виннички, буд. 35 http://www.orlyne-gnizdo.com контактні телефони: (068) 848-43-68</p>
		13. ДП "Санаторій "Поляна" ЗАТ "Укрпроф-оздоровниця"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання органів травлення - захворювання ендокринної системи 	<p>89313, Закарпатська область, Свалявський район, с. Поляна, вул. Духновича, буд. 104 https://sanpolyana.com контактні телефони: (03133) 7-47-07</p>
		14. ДП "Санаторій "Сонячне Закарпаття" ЗАТ "Укрпроф-оздоровниця"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання органів травлення - захворювання органів дихання - захворювання ендокринної системи 	<p>89313, Закарпатська область, Свалявський район, с. Поляна, вул. Курортна , буд. 1-А https://sonzak.com.ua контактні телефони: (03133) 3-55-55, 3-54-41, 3-54-44</p>

		15. ДП "Санаторій "Шаян" ЗАТ "Укрпроф-оздоровниця"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання органів травлення - захворювання ендокринної системи 	90457, Закарпатська область, Хустський район, с. Шаян http://www.shayan.com.ua контактні телефони: (03142) 5-92-32, 5-92-30, 5-92-41
VII	ЗАПОРІЗЬКА ОБЛАСТЬ	16. ТОВ "Санаторій Арктика"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання системи кровообігу - захворювання органів травлення - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання органів дихання - захворювання ендокринної системи - захворювання урологічного профілю 	71100, Запорізька обл., м. Бердянськ, вул. Макарова, буд. 20/2 http://arctica.zp.ua контактні телефони: (06153) 6-06-24
		17. Клінічний санаторій "Бердянськ" Філія ПрАТ "Приазовкурорт"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання системи кровообігу - захворювання органів травлення - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання органів дихання - захворювання ендокринної системи - захворювання шкіри - захворювання урологічного профілю 	71120, Запорізька обл., м. Бердянськ, бульв. Тінистий, буд. 12 http://priazovkurort.com.ua контактні телефони: (06153) 4-18-82
		18. Клінічний санаторій "Великий Луг" Філія ПрАТ "Приазовкурорт"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання системи кровообігу - захворювання органів травлення - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання органів дихання 	69096, м. Запоріжжя, вул. Ленська, буд. 45 http://priazovkurort.com.ua контактні телефони: (061) 226-01-25

			<ul style="list-style-type: none"> - захворювання ендокринної системи - захворювання органів зору 	
		<p>19. Санаторій "Кирилівка" Філія ПрАТ "Приазовкурорт"</p>	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання органів травлення - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання хребта та спинного мозку - захворювання органів дихання 	<p>72563, Запорізька обл., Акимівський р-н, смт Кирилівка, вул. Санаторна, буд. 1 http://sanatorium-kirillovka.com контактні телефони: (06131) 6-94-75, 6-91-07</p>
		<p>20. "Клінічний санаторій "Лазурний " Філія ПрАТ "Приазовкурорт"</p>	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання системи кровообігу - захворювання органів травлення - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання органів дихання - захворювання ендокринної системи - захворювання урологічного профілю 	<p>71120, Запорізька обл., м. Бердянськ, бульв. Центральний, буд. 4А http://priazovkurort.com.ua контактні телефони: (099) 730-21-42 (098) 374-88-85</p>
		<p>21. Санаторій "Нафтохімік України" ПП "Курорти Приазов'я"</p>	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання системи кровообігу - захворювання органів травлення - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання органів дихання - захворювання ендокринної системи - захворювання урологічного профілю 	<p>71100, Запорізька обл., м. Бердянськ, вул. Макарова, буд. 71 http://neftehimik.zp.ua контактні телефони: (06153) 6-06-07</p>
		<p>22.ТОВ "Санаторій "Нива"</p>	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання системи кровообігу - захворювання органів травлення - захворювання кістково-м'язової системи 	<p>71120, Запорізька обл., м. Бердянськ, вул. Котляревського, буд. 23</p>

			<ul style="list-style-type: none"> - захворювання нервової системи - захворювання органів дихання - захворювання урологічного профілю 	http://niva.berdyansk.net контактні телефони: (06153) 4-18-53
VIII	ІВАНО- ФРАНКІВСЬКА ОБЛАСТЬ	23. ТОВ "Санаторій "Карпатські зорі"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання органів травлення - захворювання органів дихання 	78600, Івано-Франківська обл., Косівський район, м. Косів, вул. Над Гуком, буд. 15-А http://kzori.com контактні телефони: (03478) 2-47-93, 2-47-93
		24. ДП "Санаторій "Черче" ЗАТ "Укрпроф- оздоровниця"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи 	77015, Івано-Франківська область, Рогатинський район, с. Черче http://www.cherche.ukrzdrav.com контактні телефони: (03435) 71-2-44
IX	КИЇВСЬКА ОБЛАСТЬ, м. КИЇВ	25. ДП "Клінічний санаторій "Жовтень" ЗАТ "Укрпроф- оздоровниця"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання системи кровообігу - захворювання органів травлення - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання органів дихання - захворювання ендокринної системи - захворювання органів зору 	03131, м. Київ, Конча-Заспа 27 км Столичного шосе, http://www.zhovten.org контактні телефони: (044) 259-15-70, 259-20-64, 259-20-37

		26. ДП "Санаторій "Конча-Заспа"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання системи кровообігу - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи 	<p>03084, м. Київ, Конча-Заспа, Столичне шосе, буд. 215 http://www.koncha-zaspa.kiev.ua контактні телефони: (044) 290-20-96</p>
		27. ЦМРСЛ "Пуща-Водиця"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання системи кровообігу - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи 	<p>04075, м. Київ, вул. Квітки Цісик, буд. 60 http://puschavodica.com.ua контактні телефони: (044) 401-97-70</p>
		28. ТОВ "Санаторій- профілакторій "Діброва"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання системи кровообігу - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи 	<p>09111, Київська область, м. Біла Церква, вул. Лісова, буд. 2-б http://dibrovabc.com.ua контактні телефони: (04563) 6-22-12, 6-35-45</p>
		29. ДП "Санаторій "Україна" ПрАТ "Укрпроф- оздоровниця"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання системи кровообігу - захворювання органів травлення - захворювання органів дихання - лікування наслідків опіків 	<p>08296, Київська область, смт Ворзель, вул. Стражеско, буд. 26 http://ukraine-vorsel.in.ua контактні телефони: (045) 974-64-23</p>

		30. Спеціалізований клінічний санаторій «Перемога»	- захворювання системи кровообігу - захворювання нервової системи	03179, м. Київ, вул. Бударіна, буд. 3 http://s-peremoga.com.ua контактні телефони: (044) 221-97-70, 221-63-70
X	КІРОВОГРАД- СЬКА ОБЛАСТЬ	31. КП "Знам'янська обласна бальнеологічна лікарня"	- захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи	27400, Кіровоградська обл., м. Знам'янка, вул. Героїв Чорнобиля, буд. 6 http://zobl.in контактні телефони: (5233) 7-11-08, 7-10-51
XI	ЛУГАНСЬКА ОБЛАСТЬ	32. ТОВ "Новопсковський санаторій "Перлина"	- захворювання системи кровообігу - захворювання органів травлення - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання органів дихання - захворювання ендокринної системи	92303, Луганська область, смт Новопсков, вул. Українська, буд. 218 http://www.jemchyjina.lg.ua контактні телефони: (06463) 2-11-90 (095) 928-73-77

XII	ЛЬВІВСЬКА ОБЛАСТЬ	33. Санаторій "Алмаз" ТОВ "Українська готельна група"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання органів травлення - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання органів дихання - захворювання ендокринної системи - захворювання урологічного профілю 	82200, Львівська область, м. Трускавець, вул. Суховоля, 72 http://truskavetskurort.ua www.kristall-truskavets.com.ua контактні телефони: (044) 461-94-84 (03247) 6-00-35 (066) 572-15-55 (098) 352-15-55
		34. ПрАТ "Санаторно- готельний комплекс "Дніпро- Бескид"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання системи кровообігу - захворювання органів травлення - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання органів дихання - захворювання ендокринної системи - захворювання урологічного профілю 	82200, Львівська обл., м. Трускавець, вул. Дрогобицька, буд. 33 http://www.beskyd.com.ua контактні телефони: (3247) 5-17-05, 6-61-91
		35. Санаторій "Дністер" ДП СКК "Моршинкурорт" ЗАТ "Укрпроф- оздоровниця"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання органів травлення - захворювання органів дихання - захворювання ендокринної системи 	82482, Львівська обл., м. Моршин, вул. С. Бандери, буд. 6-6 http://morshynkurort.net контактні телефони: (03260) 6-23-74

		36. ДП санаторій "Джерельний"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання органів травлення - захворювання ендокринної системи - захворювання урологічного профілю 	<p>82186, Львівська обл., Дрогобицький р-н, с. Модричі, вул. Тустановицька, буд. 1-а http://sanatorii-jerelnui.herokuapp.com контактні телефони: (03247) 6-98-05</p>
		37. Санаторій "Кристал" ТОВ "Українська готельна група"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання органів травлення - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання органів дихання - захворювання ендокринної системи - захворювання урологічного профілю 	<p>82200, Львівська область, м. Трускавець, вул. Суховоля, буд. 60 www.truskavetskurort.ua http://kristall-truskavets.com.ua контактні телефони: (044) 461-94-84 (03247) 6-00-35 (066) 572-15-55 (098) 352-15-55</p>
		38. Державне підприємство "Санаторій "Кришталевий Палац"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання органів травлення - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання шкіри - захворювання ендокринної системи - захворювання урологічного профілю 	<p>82200, Львівська область, м. Трускавець, вул. Суховоля, буд. 35 http://kryshtalevypalats.gov.ua контактні телефони: (03247) 5-15-40</p>

		<p>39. Санаторій "Лаванда" ДП СКК "Моршинкурорт" ЗАТ "Укрпроф-оздоровниця"</p>	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання органів травлення - захворювання ендокринної системи 	<p>82482, Львівська обл., м. Моршин, вул. І. Франка, буд. 33-а http://morshynkurort.net контактні телефони: (03260) 6-23-80</p>
		<p>40. ДП "Санаторій "Любінь Великий" ЗАТ "Укрпроф-оздоровниця"</p>	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання системи кровообігу - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання шкіри 	<p>81555, Львівська область, Городоцький р-н, смт Любінь Великий, вул. Львівська, буд. 16 http://lubin.lviv.ua контактні телефони: (03231) 2-41-40, (096) 690-97-57</p>
		<p>41. Санаторій "Нафтуса Прикарпаття"</p>	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання системи кровообігу - захворювання органів травлення - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання органів дихання - захворювання ендокринної системи - захворювання урологічного профілю 	<p>82186, Львівська область, Дрогобицький р-н, с. Модричі, вул. Курортна, буд. 1 http://naftusia.wixsite.com/truskavets контактні телефони: (03244) 3-83-54</p>

		<p>42. Санаторій "Перлина Прикарпаття" ДП СКК "Моршинкурорт" ЗАТ "Укрпроф- оздоровниця"</p>	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання системи кровообігу - захворювання органів травлення - захворювання нервової системи - захворювання ендокринної системи - захворювання шкіри 	<p>82482, Львівська обл., м. Моршин, вул. С. Бандери, буд. 5 http://morshynkurort.net контактні телефони: (03260) 6-23-79</p>
		<p>43. Відокремлений підрозділ "Оздоровчо- лікувальний комплекс "Ровесник" ДП "Львіввугілля"</p>	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання органів дихання 	<p>80080, Львівська область, Сокальський район, с. Комарів https://www.rovesnyk.com.ua контактні телефони: (03249) 2-31-13</p>
		<p>44. Підприємство "Стожари" ГОІ "Велес"</p>	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання органів травлення - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання ендокринної системи - захворювання урологічного профілю 	<p>82391, Львівська обл., смт Східниця, вул. Зарічна, буд. 9 контактні телефони: (03248) 4-80-18, 4-83-31</p>
		<p>45. Підприємство "Санаторій "Східницькі Карпати"</p>	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання органів травлення - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання органів дихання - захворювання ендокринної системи - захворювання урологічного профілю 	<p>82391, Львівська область, смт Східниця, вул. Зарічна, буд. 9 http://sh-karpaty.com.ua контактні телефони: (03248) 4-80-11, 4-83-25</p>

		<p>46. Санаторій "Черемош" ДП СКК "Моршинкурорт" ЗАТ "Укрпроф-оздоровниця"</p>	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання органів травлення - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання ендокринної системи - захворювання урологічного профілю 	<p>82482, Львівська обл., м. Моршин, вул. С. Бандери, буд. 8 http://morshynkurort.net контактні телефони: (03260) 6-23-77</p>
		<p>47. ДП "Санаторно-курортний лікувальний центр "Шкло"</p>	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання системи кровообігу - захворювання органів травлення - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання органів дихання - захворювання ендокринної системи - захворювання урологічного профілю 	<p>81051, Львівська область, Яворівський р-н, сmt Шкло, вул. Курортна, буд. 1 http://sankur-shklo.com.ua контактні телефони: (03256) 4-26-45, (097) 781-22-70</p>
		<p>48. ПП "Ярина" санаторій "Конвалія"</p>	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання органів травлення - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання органів дихання - захворювання ендокринної системи - захворювання урологічного профілю 	<p>82200, Львівська область, м. Трускавець, вул. Помірецька, буд. 55 http://www.konvalia.lviv.ua контактні телефони: (03247) 5-04-61, 6-70-77</p>

XIII	МИКОЛАЇВСЬКА ОБЛАСТЬ	49. ТОВ "Санаторій "Борисфен"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання системи кровообігу - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання хребта та спинного мозку - захворювання органів дихання 	57508, Миколаївська область, м. Очаків, вул. Будівельників, буд. 7 https://borisfen.in.ua контактні телефони: (05154) 3-72-91, 3-71-47
		50. Санаторій- профілакторій "Інгул" ДП "Миколаївський суднобудівний завод"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання системи кровообігу - захворювання органів травлення - захворювання нервової системи - захворювання хребта та спинного мозку - захворювання органів дихання 	54025, Миколаївська обл., м. Миколаїв, пр-т Героїв України, буд. 6-А контактні телефони: (05124) 2-46-46
XIV	ОДЕСЬКА ОБЛАСТЬ	51. Клінічний санаторій "Аркадія" (в/частина 1489) ДПС України	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання системи кровообігу - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання хребта та спинного мозку - захворювання урологічного профілю 	65009, м. Одеса, Гагарінське плато, буд. 1 http://www.arkadiya-dpsu.com.ua контактні телефони: (048) 785-43-95
		52. ПП ЛОК "Біла акація"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання системи кровообігу - захворювання органів травлення - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання органів дихання - захворювання органів зору 	65058, м. Одеса, Французький бульвар, буд. 59 http://www.akacia.od.ua контактні телефони: (048) 753-03-33

		53. ТОВ "Золота нива"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання системи кровообігу - захворювання органів травлення - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання органів дихання - захворювання ендокринної системи - захворювання шкіри - захворювання урологічного профілю 	<p>67780, Одеська обл., Білгород-Дністровський р-н, смт Сергіївка, вул. Чорноморська, буд. 16 http://zniva.com контактні телефони: (097) 939-95-67 (067) 868-86-86</p>
		54. ДП "Клінічний санаторій ім. Горького "ЗАТ "Укрпроф-оздоровниця"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання системи кровообігу - захворювання органів травлення - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання органів дихання - захворювання ендокринної системи - захворювання урологічного профілю - захворювання органів зору 	<p>65038, м. Одеса, вул. Фонтанська дорога, буд. 165 https://gorkogo.org контактні телефони: (048) 747-82-45 (050) 333-92-15</p>
		55. ДП "Клінічний санаторій ім. Пирогова" ЗАТ "Укрпроф-оздоровниця"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання хребта та спинного мозку - захворювання урологічного профілю 	<p>65102, м. Одеса, вул. Лиманна, буд. 170, курорт "Куяльник" https://www.kuyalnik.com.ua контактні телефони: (048) 703-19-59 0-800-50-50-82</p>
		56. Санаторій "Одеса" СБУ	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання системи кровообігу - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання хребта та спинного мозку 	<p>65067, м. Одеса, Французький бульвар, буд. 52 https://ssu.gov.ua/ua/pages/249 контактні телефони:</p>

			- захворювання урологічного профілю	(048) 746-51-44
		57. Санаторій МРЦ «Одеський»	- захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання органів дихання	65038, м. Одеса, вул. Рибача балка, буд. 3 http://www.odesskiy-sanatoriy.com.ua контактні телефони: (048) 234-90-67 (048) 789-23-17
		58. ДП "Південь- Курорт-Сервіс" Санаторій "Орізонт"	- захворювання системи кровообігу - захворювання органів травлення - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання хребта та спинного мозку - захворювання органів дихання - захворювання ендокринної системи - захворювання шкіри - захворювання урологічного профілю	67780, Одеська область, Білгород-Дністровський р-н, смт Сергіївка, вул. Гагаріна, буд. 1-А https://www.pivdenks.com контактні телефони: (04849) 4-79-88, 4-76-67
		59. ТОВ "Примор'я" (санаторій імені Сергія Лазо)	- захворювання системи кровообігу - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання органів дихання - захворювання ендокринної системи - захворювання шкіри	67780, Одеська область, Білгород-Дністровський р-н, смт Сергіївка, вул. Набережна, буд. 3 http://www.lazo.com.ua контактні телефони: (04849) 9-93-71

		60. Санаторій "Салют"	- захворювання кістково-м'язової системи	65058, м. Одеса, вул. Академічна, буд. 28 контактні телефони: (048) 268-15-82
		61. ТОВ "Багатопрофільний санаторій "Сартус"	- захворювання системи кровообігу - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання органів дихання - захворювання ендокринної системи - захворювання шкіри - захворювання органів зору	65000, м. Одеса, Французький Бульвар, буд. 60 контактні телефони: (048) 737-34-39
XV	ПОЛТАВСЬКА ОБЛАСТЬ	62. Відділення філії ПрАТ лікувально-оздоровчих закладів "Миргородкурорт" Санаторій "Полтава"	- захворювання органів травлення	37600, Полтавська обл., м. Миргород, вул. Гоголя, буд. 112 http://mirgorodkurort.ua контактні телефони: (05355) 5-21-25
		63. Відділення філії ПрАТ лікувально-оздоровчих закладів "Миргородкурорт" Санаторій	- захворювання органів травлення - захворювання нервової системи	37600, Полтавська обл., м. Миргород, вул. Гоголя, буд. 112 http://mirgorodkurort.ua контактні телефони: (05355) 5-21-25

		"Миргород"		
		64. Відділення філії ПрАТ лікувально- оздоровчих закладів "Миргородкурорт" Санаторій "Березовий гай"	- захворювання органів травлення	37600, Полтавська обл., м. Миргород, вул. Гоголя, буд. 112 http://mirgorodkurort.ua контактні телефони: (05355) 5-21-25
		65. Відділення філії ПрАТ лікувально- оздоровчих закладів "Миргородкурорт Санаторій "Хорол"	- захворювання органів травлення	37600, Полтавська обл., м. Миргород, вул. Гоголя, буд. 112 http://mirgorodkurort.ua контактні телефони: (05355) 5-21-25
XVI	РІВНЕНЬКА ОБЛАСТЬ	66. ОП "Червона калина"	- захворювання системи кровообігу - захворювання органів травлення - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання органів дихання	35318, Рівненська обл., Рівненський р-н, с. Жобрин, вул. Лісова, буд. 1 http://chervona-kalina.rv.ua контактні телефони: (03626) 1-84-80, 1-85-80

XVII	СУМСЬКА ОБЛАСТЬ	67. ТОВ "Санаторій "Токарі"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання системи кровообігу - захворювання органів травлення - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання органів дихання - захворювання ендокринної системи - захворювання урологічного профілю 	42215, Сумська обл., м. Лебедин, с. Токарі, вул. Санаторна, буд. 96, https://tokari.com.ua контактні телефони: (05445) 3-89-25
XVIII	ТЕРНОПІЛЬ- СЬКА ОБЛАСТЬ	68. ТОВ "Санаторій "Барвінок"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання органів дихання - захворювання органів зору 	47235, Тернопільська область, Зборівський р-н, с. Мшанець, хут. Манюки 2 https://sanbarvinok.com.ua контактні телефони: (03540) 3-12-17, 3-16-06
		69. ТДВ "Санаторій "Медобори"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання системи кровообігу - захворювання органів травлення - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання хребта та спинного мозку - захворювання органів дихання - захворювання ендокринної системи - захворювання шкіри - захворювання урологічного профілю 	48122, Тернопільська область, Теребовлянській р-н, , с. Конопківка, вул. Лесі Українки, буд. 22 http://www.medobory.com.ua контактні телефони: (03551) 5-12-33, 2-22-67

XIX	ХАРКІВСЬКА ОБЛАСТЬ	70. ДП "Клінічний санаторій "Курорт Березівські мінеральні води" ЗАТ "Укрпрофоздоровниця"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання системи кровообігу - захворювання органів травлення - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання органів дихання - захворювання ендокринної системи - захворювання урологічного профілю - лікування наслідків опіків 	62363, Харківська область, Дергачівський р-н, с. Березівське http://berminvody.com.ua контактні телефони: (057) 700-33-16
		71. ДП "Клінічний санаторій "Роща" ЗАТ "Укрпрофоздоровниця"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання системи кровообігу - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання органів зору 	62417, Харківська область, Харківський р-н, смт Пісочин, вул. Санаторна, буд. 46 http://roscha.com.ua контактні телефони: (057) 742-16-84
XX	ХЕРСОНСЬКА ОБЛАСТЬ	72. ДП "Санаторій "Гопри" ЗАТ "Укрпрофоздоровниця"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи 	75602, Херсонська область, Голопристанський район, м. Гола Пристань, вул. Санаторна, буд. 72 http://sanatoriy-gopri.com.ua контактні телефони: (05539) 7-83-79

		73. ДП "Санаторій для дітей з батьками "Скадовськ" ЗАТ "Укрпрофоздоровниця"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання системи кровообігу - захворювання нервової системи - захворювання органів дихання - захворювання ендокринної системи 	75700, Херсонська область, Скадовський район, м. Скадовськ, вул. Набережна, буд. 1 http://sanatoriy.skadovsk.net контактні телефони: (05537) 5-22-16 (05537) 5-24-94
		74. ПБП "Паритет" Санаторій "Чайка"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання системи кровообігу - захворювання нервової системи - захворювання органів дихання - захворювання ендокринної системи - захворювання урологічного профілю 	75722, Херсонська область, Скадовський район, смт Лазурне, вул. Причальна, буд. 5 https://paritetua.com/sanatories/san-chayka.html контактні телефони: (0552) 26-62-56 (098) 205-85-66 (066) 368-88-44
XXI	ХМЕЛЬНИЦЬКА ОБЛАСТЬ	75. ДП "Санаторій "Збруч" ЗАТ "Укрпрофоздоровниця"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання органів травлення - захворювання ендокринної системи - захворювання урологічного профілю 	32034, Хмельницька область, Городоцький р-н, смт Сатанів, вул. Курортна, буд. 17 http://www.zbrytch.km.ua контактні телефони: (03851) 5-10-36

		76. АТ "Мотор Січ" ВП санаторій "Райдуга"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання органів травлення - захворювання урологічного профілю 	31200, Хмельницька область, м. Волочиськ, вул. Запорізька, буд. 11 http://www.raduga-volochisk.info контактні телефони: (03845) 3-63-97
XXII	ЧЕРКАСЬКА ОБЛАСТЬ	77. ПрАТ "Санаторій "Мошногір'я"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання системи кровообігу - захворювання органів травлення - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання органів дихання - захворювання ендокринної системи 	19625, Черкаська область, Черкаський р-н, с. Будище, вул. Шевченка, буд. 38 http://moshnohirya.ck.ua контактні телефони: (04723) 3-55-85
XXIII	ЧЕРНІГІВСЬКА ОБЛАСТЬ	78. Менський санаторій "Остреч"	<ul style="list-style-type: none"> - захворювання системи кровообігу - захворювання органів травлення - захворювання кістково-м'язової системи - захворювання нервової системи - захворювання органів дихання - захворювання ендокринної системи - захворювання урологічного профілю - захворювання органів зору 	15600, Чернігівська область, м. Мена, урочище Остреч, 4 контактні телефони: (04644) 2-14-00, (067) 460-34-46

З 01.01.2018 року Порядком № 39 запроваджено принципово новий механізм забезпечення застрахованих осіб соціальними послугами з лікування в реабілітаційних відділеннях санаторно-курортних закладів після перенесених захворювань, травм. А саме: застрахована особа направляється до реабілітаційного відділення за її вибором відповідно до медичних показань, визначеного профілю медичної реабілітації за рекомендацією лікуючого лікаря та за наявності висновку ЛКК. Заклад охорони здоров'я інформує орган Фонду про потребу застрахованого в подальшому лікуванні в реабілітаційному відділенні санаторно-курортного закладу із зазначеного профілю. Представник фонду разом із хворим заповнює заяву про забезпечення реабілітаційним лікуванням у розрізі необхідного йому профілю реабілітації, обирає відновлювальний санаторій, далі узгоджується з санаторієм можливість прийому та складається тристоронній договір – між застрахованою особою, органом Фонду та санаторно-курортним закладом. Адресне забезпечення санаторною медичною реабілітацією передбачає підвищення якості надання санаторно-курортними закладами послуг з реабілітаційного лікування.

Діяльність реабілітаційних відділень санаторно-курортних закладів з відновного лікування з використанням природних лікувальних ресурсів повинно регламентуватись відповідним положенням, а саме: реабілітаційне відділення здійснює свою діяльність відповідно до Основ законодавства України про охорону здоров'я від 19.11.06 р. № 2801-ХІІ, Закону України «Про курорти» від 05.11.2000 р. № 2026-ІІІ, Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Загального положення про санаторно-курортний заклад» від 11.07.2001 р. №805 та інших нормативних актів.

Взаємовідносини реабілітаційного відділення з іншими підрозділами санаторно-курортного закладу регламентується організаційними та розпорядчими документами останнього.

Положення про реабілітаційне відділення затверджується МОЗ України.

На основі цього положення власник санаторно-курортного закладу розробляє та затверджує власне Положення про реабілітаційне відділення відповідно до профілю відновлювального лікування.

Науково-методичне керівництво діяльністю відділення здійснює МОЗ України та Український НДІ медичної реабілітації та курортології.

Основні завдання та функції реабілітаційного відділення

1. Здійснення висококваліфікованого відновлювального лікування хворих, за індивідуальними програмами реабілітації згідно з діючими стандартами діагностично-лікувального процесу та протоколами ранньої медичної реабілітації з використанням немедикаментозних та медикаментозних засобів з метою:

- ліквідації або зменшення виразності ознак хвороби (залишкових проявів активності патологічного процесу);
- відновлення або покращення порушених функцій організму;
- нормалізації адаптаційно-компенсаторних механізмів та підвищення загальної реактивності організму;
- досягнення максимального рівня працездатності, фізичної і психічної активності та їх збереження.

2. Дотримання основних організаційних принципів медичної реабілітації:

- ранній початок і послідовність лікувальних та реабілітаційних заходів;
- комплексність та цілеспрямованість реабілітаційних заходів;
- індивідуальний підхід і програмування відновлювального лікування;
- етапність медичної реабілітації.

3. Динамічний контроль за процесом медичної реабілітації шляхом:

- проведення аналізу результатів відновлювального лікування хворих у реабілітаційному відділенні санаторно-курортного закладу;
- визначення ефективності заходів медичної реабілітації відповідно до критеріїв ефективності;

- організації і впровадження системи контролю якості наданих медичних та санаторно-курортних послуг.

4. Своєчасне надання екстреної та невідкладної допомоги хворим, відповідно до показань, та здійснення, при необхідності, госпіталізації до стаціонару лікувально-профілактичного закладу.

5. Здійснення взаємозв'язку з іншими закладами охорони здоров'я та залучення до процесу реабілітації, у разі потреби, спеціалістів іншого профілю.

6. Надання консультативно-методичної допомоги з питань медичної реабілітації.

7. Розробка та впровадження нових досягнень медичної науки і практики та методів відновлювального лікування із застосуванням природних курортних та преформованих фізичних факторів у роботу відділення.

8. Закріплення досягнутих у стаціонарі лікувально-профілактичного закладу позитивних результатів лікування, подальше відновлення порушених та компенсація втрачених у зв'язку із захворюванням чи травмою функцій, запобігання можливості виникнення рецидивів захворювання.

9. Проведення санітарно-просвітницької роботи серед хворих та персоналу щодо здорового способу життя.

10. Оцінка можливості створення реабілітаційного відділення проводиться безпосередньо в санаторно-курортному закладі комісією, створеною Інститутом відповідно до доручення МОЗ України.

Основна проблема курортної справи – це відсутність системи державного управління курортами. В умовах децентралізації управління, враховуючи відомчу роз'єднаність санаторно-курортних закладів держави, їх різні економічні аспекти діяльності та з метою збереження курортного комплексу необхідна розробка основних напрямлень державної політики в сфері курортної справи [80].

В умовах реформування охорони здоров'я та започаткування стратегії

розвитку медичної реабілітації МОЗ України дотримується чіткої позиції: залишити санаторії у державній власності та під державним контролем, зберігаючи потужності по основному профілю, але перетворити їх на самоокупні підприємства, яким держава оплачує послуги для конкретних громадян [74].

Альтернативою реабілітації в санаторіях є *лікарні відновного лікування*. В їх функції входить проведення відновного лікування в ранньому періоді реабілітації з використанням комплексу різних засобів, що спрямовані на максимальне відновлення порушених функцій організму внаслідок захворювань, травм, отруєнь, розвитку компенсаторних та замісних функцій. До завдань лікарень відновного лікування належать: використання реабілітаційних технологій та засобів відновного лікування, складання реабілітаційних індивідуальних програм, залучення для консультацій необхідних спеціалістів, контроль за станом здоров'я хворих в процесі реабілітації, оцінка об'єктивності та якості реабілітаційних заходів, що надаються хворим.

Авторами на підставі розпорошених інформаційних джерел зібрані та проаналізовані дані про основні лікарні відновного лікування України, представлена їх потужність, види реабілітації які вони здійснюють, методики медичної реабілітації, форми реабілітаційного обслуговування, контингенти тощо (табл. 4).

ЛІКАРНІ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ УКРАЇНИ

1. ЛИПОВЕЦЬКА ОБЛАСНА ЛІКАРНЯ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ

Адреса:	вул. Пирогова, 9 (б), м. Липовець, Липовецький р-н, Вінницька обл., 22500
Телефони:	8 (258) 2-14-85, 2-13-85
Підпорядкування:	Міністерство охорони здоров'я
Рік створення:	Заснована в 1912 р. Статус лікарні відновного лікування набула в 1995 р.
Лікувально-діагностична база:	<p><i>Види реабілітації:</i> медична, соціальна, рання соціальна.</p> <p><i>Контингент:</i> діти від 3 міс. до 17 років; дорослі з патологією периферійної нервової системи та ОРА</p> <p><i>Потужність:</i> на 60 ліжок: дитяче реабілітаційне відділення – на 50 ліжок; реабілітаційне відділення для дорослих з патологією периферійної нервової системи та ОРА – на 10 ліжок.</p> <p><i>Методики медичної реабілітації:</i> медикаментозна масаж ЛФК механотерапія іпотерапія фізіотерапія: водолікування, баротерапія, тракції хребта; пунктурна рефлексотерапія, фармакопунктура; психотерапія; психологічна реабілітація; фітотерапія та аромотерапія.</p> <p><i>Форми реабілітаційного обслуговування:</i> стаціонарна; консультації для батьків.</p> <p><i>Режим роботи:</i> цілодобово.</p> <p><i>Порядок зарахування клієнтів до центру:</i> направлення лікаря. Путівку можна отримати безпосередньо у лікарні чи в ЦРЛ Вінницької області.</p> <p><i>Курс лікування – 24-30 днів.</i></p> <p><i>Щорічно проходять лікування:</i> більше 700 дітей.</p>

2. ХМІЛЬНИЦЬКА ОБЛАСНА ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНА ЛІКАРНЯ

Адреса:	вул. Ш.Алейхема, 12, м. Хмільник, Вінницька область, 22000 (287320)
Телефон:	+38 (043388) 32-19, 31-23 (головний лікар), 22-91, 33-23
Сайт:	http://www.xmelnik.iatp.org.ua/hospital.html
Підпорядкування:	Міністерство охорони здоров'я
Рік створення:	1944

**Лікувально-
діагностична
база:**

Розташування: близькість річки та лісових масивів.

Основний вид реабілітації: медична.

Контингент: дорослі.

Нозології: захворювання ОРА; захворювання ССС; захворювання нервової системи; захворювання шкіри; ендокринні захворювання та порушення обміну речовин; гінекологічні захворювання.

Реабілітаційні методики: медикаментозна; масаж; ЛФК; механотерапія; фізіотерапія: апаратна, теплове лікування (грязелікування лікувальними торф'яними грязями), водолікування (ванни: радонові – є власна свердловина; підводна вертикальна витяжка); нетрадиційні методи лікування; кліматотерапія.

Форма реабілітаційного обслуговування: стаціонарна.

Режим роботи: цілодобово.

Тривалість та періодичність реабілітаційних програм: 18 діб.

Чисельність пацієнтів, на яку розрахований центр: поліклініка – на 200 відвідувань в зміну.

3. ПЕЧЕРСЬКА ЛІКАРНЯ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ

Адреса: вул. Леніна, 7, смт. Печера, Тульчинський р-н, Вінницька обл., 23610

Телефон: (04335) 4-99-40

Підпорядкування: Міністерство охорони здоров'я

**Лікувально-
діагностична
база:**

Основний вид реабілітації: медична.

Контингент: дорослі.

Нозології: наслідки травм; захворювання опорно-рухового апарату, захворювання нервової системи.

Реабілітаційні методики: медикаментозна; масаж; механотерапія; фізіотерапія: апаратна; теплове лікування; водолікування; кліматотерапія.

Чисельність пацієнтів, на яку розрахований центр: 200.

4. СЕВЕРИНІВСЬКА ЛІКАРНЯ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ

Адреса: вул. Санаторська, 1 с. Северинівка, Жмеринського р-ну, Вінницької обл.

Телефон: (04322) 3-56-11, 3-56-41

Підпорядкування: Департамент охорони здоров'я та курортів ОДА

**Лікувально-
діагностична
база:**

Основний вид реабілітації: медична.

Контингент: дорослі.

Нозології: наслідки травм; захворювання опорно-рухового апарату, захворювання нервової системи.

Реабілітаційні методики: медикаментозна; масаж; механотерапія; фізіотерапія: апаратна; теплове лікування; водолікування.

Проведення, в порядку етапності лікувально-оздоровчих заходів, відновного лікування хворих з наслідками травм, і захворювань опорно-рухового апарату, післяопераційна реабілітація, що сприяють відновленню порушених функцій організму і закріпленню досягнутих результатів лікування пацієнтів.

5. СПЕЦІАЛІЗОВАНА ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНА ЛІКАРНЯ "СОЛОНІЙ ЛИМАН" ПРИ МІСЬКІЙ ЛІКАРНІ № 8

Адреса: вул. Серафименко, 94, с. Новотроїцьке, Новомосковський р-н, Дніпропетровська обл., 51291

Телефон: (05693) 4-58-24, 4-44-96, 4-52-96

Історія створення та розвитку: 1928 р. – на березі озера був створено лікувальний пункт. 1947 р. - збудована водогрязелікувальня. 2001 р. - введено в дію першу чергу оновленого комплексу лікарні.

Лікувально-діагностична база: *Розташування:* знаходиться в районі озера Солоний Лиман.
Природні лікувальні фактори: лікувальні мулові сульфідні грязі; підземні води різноманітного складу.

Нозології: хвороби *опорно-рухового апарату*; захворювання нервової системи; хронічні запальні хвороби статевих органів; хвороби шлунково-кишкового тракту, печінки, жовчно-вивідних шляхів; інші захворювання.

Реабілітаційні методики: фізіотерапевтичні процедури; грязеві аплікації; ЛФК; масаж; басейн; підводне витягання; бювет.

Потужність лікарні: ліжковий фонд – 340 ліжок (в т.ч. 240 ліжок – для дорослих, 100 ліжок – для дітей).

Структурні підрозділи: неврологічне відділення – на 80 ліжок (з них 20 ліжок для важких спинальних хворих), ортопедичне відділення – на 80 ліжок, терапевтичне відділення – на 80 ліжок (20 – гінекологічних і 10 – урологічних).

6. ЖИТОМИРСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЛІКУВАЛЬНИЙ ЦЕНТР ВЕРТЕБРОЛОГІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ (КОЛИШНЯ ЖИТОМИРСЬКА ВОДОЛІКАРНЯ)

Адреса: Чуднівське шосе, 1, м, Житомир; вул. Жуйко, 41 (філіал – радонолікування)

Телефони: (0412) 37-29-72

Історія заснування та Житомирській водолікарні – понад 100 років. У 1995 році водолікувальниця була реорганізована в Обласний лікувальний центр

розвитку:	вертебрології та реабілітації
Лікувально-реабілітаційна база:	<p><i>Основний вид реабілітації:</i> медична.</p> <p><i>Контингент:</i> дорослі, діти.</p> <p><i>Нозології:</i> захворювання КМС і сполучної тканини; захворювання периферійної нервової системи; реабілітація після переломів кісток; реабілітація після опіків; дегенеративно-дистрофічні захворювання хребта в ст. загострення (<i>остеохондроз</i>).</p> <p><i>Відділення:</i> реабілітації – на 60 ліжок; вертебрології – на 50 ліжок; поліклінічне; фізіотерапевтичне.</p> <p><i>Форми реабілітаційного обслуговування:</i> амбулаторна (по курсівкам); стаціонарна.</p> <p><i>Методики реабілітації:</i> бальнеотерапія; грязе-, парафіно-, озокеритолікування; електролікування; масаж, ЛФК, голкорексфлексотерапія, Су-Джок-терапія, мануальна терапія, дієтотерапія, медикаментозне лікування.</p> <p><i>Чисельність пацієнтів, яку щорічно обслуговує Центр:</i> понад 2000 – стаціонарно; понад 500 – амбулаторно, по курсівках</p>

7. СПЕЦІАЛІЗОВАНА УКРАЇНСЬКА АЛЕРГОЛОГІЧНА ЛІКАРНЯ

Адреса:	вул. П. Терека, 42, смт. Солотвино, Тячівський р-н., Закарпатська обл., 90575
Телефони:	8 (03134) 3-20-36, 2-15-00, 5-65-38, 5-65-56; 2-15-41 (гол. лікар)
Веб-сайт:	http://www.solotvino.uzhgorod.ua
Історія створення та розвитку:	У 1968 році відкрита Закарпатська обл. алергологічна лікарня, в 1976 р. – Українська алергологічна лікарня, в 1989 р. – клінічна лабораторна база філіалу в м. Ужгороді.
Підпорядкування:	Міністерство охорони здоров'я України. Тип установи: державна
Лікувально-діагностична база:	<p><i>Розташування:</i> знаходиться у передгірській зоні Українських Карпат, у долині р. Тиса в умовах м'якого клімату.</p> <p><i>Лікувальні фактори:</i> специфічний мікроклімат соляних шахт; ропа і грязі соленого озера (з підвищеним вмістом іонів бромю)</p> <p><i>Основний вид реабілітації:</i> медична.</p> <p><i>Нозології:</i> захворювання верхніх дихальних шляхів; захворювання бронхо-легеневої системи: бронхіальна астма; хронічні бронхіти (з обструктивним та бронхоспастичним компонентом); астматичний бронхіт; інші ХНЗЛ; передастма; алергічні захворювання; <i>супутні захворювання:</i> псоріаз, нейродерміти, алергічні дерматити, післяопікові стани, розлади нервової системи, захворювання статевих органів і ОРА.</p> <p><i>Реабілітаційні методики:</i> спелеотерапія; штучні сольові</p>

аерозольні середовища; фізіотерапія; ЛФК; масаж; ГРТ;
лазеротерапія; фітотерапія; аромотерапія; китайська медицина
Стаціонар – на 100 ліжок; *поліклініка* – на 250 відвідин в зміну.
Курс лікування: складається з 20-22 сеансів спелеотерапії.
Кількість осіб, на яку розрахований Центр: 260 (в т.ч. 90 дітей).
Щомісячно реалізуються по 1-2 путівки особам з інвалідністю у
кожному районі.
Тривалість курсу реабілітації: 24 дні (20 сеансів у підземному
відділенні).

8. РЕАБІЛІТАЦІЙНА ЛІКАРНЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Адреса: с. Поляна, Свалявський район, Закарпатська обл.
Підпорядкування: Міністерство охорони здоров'я України. Тип установи: державна
**Лікувально-
діагностична
база:** *Основний вид реабілітації*: медична.
Кількість реабілітаційних ліжок: 25.
Профіль: патологія шлунково-кишкового тракту.

9. ВОДОЛІКАРНЯ ПРИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОМУ ОБ'ЄДНАННІ "РЕАБІЛІТАЦІЯ" МОЗ УКРАЇНИ

Адреса: вул. Великокам'яна, 10, м. Ужгород, Закарпатська обл., 294000
Телефон: (03122) 3-23-32
Сайт: www.rehab.uzhgorod.ua
Дата створення: з 1964 р. – філіал Українського НДІ курортології (м. Одеса); з 1965 р.
– перейменовано в НВО "Реабілітація", добудований клініко-
лабораторний комплекс; з 1997 року працює водолікарня.
Підпорядкування: Міністерство охорони здоров'я України. Тип установи: державна
**Лікувально-
діагностична
база:** *Основний вид реабілітації*: медична.
Нозології: захворювання бронхолегеневої системи: бронхіальна
астма, хронічні бронхіти, інші ХНЗЛ; *алергічні захворювання*;
захворювання шкіри, у т.ч. псоріаз, атопічний дерматит, іхтіоз, інші
хронічні дерматози; патологія *шлунково-кишкового тракту*.
Клініка: стаціонар на 100 ліжок; консультативна поліклініка на 250
відвідин.
Кількість осіб, на яку розрахований Центр: 200.
Реабілітаційні методики: різні типи аерозольтерапії.
(мікрокліматотерапії), у т.ч. на основі кам'яної солі, фітоорганічних

сполук, камери високої іонізації; лазеротерапія, акупунктура, інші методи апаратної фізіотерапії. Комплекс бальнеологічних процедур з використанням лікувальної грязі та ропи. Внутрішнє та зовнішнє застосування мінеральних вод Закарпаття. Лікування хворих із використанням мікроклімату Солотвинських соляних шахт та їх штучних аналогів – клімато-оздоровчих камер.

10. ЛІКАРНЯ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ МВС УКРАЇНИ

Адреса: 17 км Ново-Обухівського тракту, південна частина Києва

Лікувально-діагностична база: *Кількість ліжок, на які розрахований центр: 75 (в т.ч. 40 – відновне лікування учасників ЛНА на ЧАЕС, інші - терапевтичного профілю).*
Реабілітаційні методики: кліматотерапія; водолікарня; грязелікування; фізіотерапія, інгаляторій, киснетерапія, фітотерапія, лазеротерапія; масаж; ЛФК.

11. КИЇВСЬКА МІСЬКА КУРОРТНА БАЛЬНЕОЛОГІЧНА ЛІКАРНЯ ПРОФСПЛОК УКРАЇНИ

Адреса: вул. Попудренка, 34, м. Київ, 02094

Телефони: (044) 573-36-01, 573-36-01

Підпорядкування: ЗАТ “Укрпрофоздоровниця”

Рік створення: Понад 2 десятиліття тому назад

Лікувально-діагностична база: *Розташована:* у Дарниці, на лівому березі Дніпра.
Основний вид реабілітації: медична.
Контингент: застраховані особи.
Нозології: патологія серцево-судинної системи; патологія нервової системи; патологія опорно-рухового апарату; патологія сечостатевої системи (в т.ч. безплідність); патологія бронхолегеневої системи.
Лікувальні чинники: природні, грязе- та водолікування.
Форми реабілітаційного обслуговування: денний стаціонар

12. МИРОНІВСЬКА ОБЛАСНА ЛІКАРНЯ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ

Адреса: вул. Пироженко, 1, м. Миронівка, Київська область, 08800

Телефон: 8-274-5-24-95

Підпорядкування: Міністерство охорони здоров'я України

Рік створення: В січні 1958 р. прийняла перших пацієнтів.

**Лікувально-
діагностична
база:**

Розташована за 100 км від Києва, поряд – річка Росавка.
Основний вид реабілітації: медична.
Нозології: захворювання опорно-рухового апарату; захворювання периферійної нервової системи; захворювання серцево-судинної системи; захворювання шкіри; розлади статевої системи.
Кількість ліжок, на які розрахований центр: 50.
Методи лікування: консервативне; оперативне; фізіотерапевтичне.
Форма обслуговування: стаціонарна; амбулаторна.
Тривалість реабілітаційного курсу: 21 день. Через 6-8 міс. пацієнт приїздить для повторного курсу для закріплення ефекту.
Реабілітаційні методики: радонові ванни; хвойні, бішофітні ванни; циркулярний, висхідний душ, душ Шарко; масаж (ручний і підводний), ЛФК, різні види апаратної фізіотерапії, лазеротерапія, парафіно-озокеритові аплікації, тракції (сухі і підводні), локальна баротерапія.
Зона обслуговування: Київська область, інші області України.

13. ЗНАМ'ЯНСЬКА ОБЛАСНА БАЛЬНЕОЛОГІЧНА ЛІКАРНЯ (ВОДОЛІКАРНЯ)

Адреса: вул. Г. Сталінграда, 6, м. Знам'янка, Кіровоградська обл., 27403

Телефон: (05233) 5-20-68; 5-23-49; 7-11-04; 7-10-71 (начмед)

Рік створення: 1968

Підпорядкування: Міністерство охорони здоров'я України; УОЗ ОДА

**Лікувально-
діагностична
база:**

Природні лікувальні чинники: гідро-карбонатно-натрієво-магнієво-кальцеві мінеральні води, зі значним вмістом *сульфатів*, а також вод з наявністю *радону* та *заліза*.
Основний вид реабілітації: медична.
Контингент: хворі всіх вікових категорій, жителі Кіровоградської області, а також інших областей України, та країн близького і далекого зарубіжжя.
Нозології: захворювання ОРА, захворювання ЦНС, захворювання серцево-судинної системи, захворювання ШКТ, захворювання жіночої статевої сфери, захворювання ендокринної системи та порушення обміну речовин, захворювання шкіри.
Форми реабілітаційного обслуговування: стаціонарно і амбулаторно.
Чисельність осіб з інвалідністю, на яку розрахований Центр: 450 (в т.ч. 150 ліжок для дорослих).
Реабілітаційні методики: всі методи бальнео- та гідротерапії: ванни, підводне витягування хребта; кишкові промивання та гінекологічні зрошення; душі; ручний, механічний та підводний масаж; механотерапія, інгаляції; електромагнітно- лазеротерапія, світоультразвукові процедури, барокамера та біорегулятор, парафін-

та озокеритотерапія, лікувальні грязі для мікроаплікацій та внутрішньопорожнинного застосування; мінеральна вода Знам'янського родовища як лікувальна питна вода (сульфатно-гідрокарбонатна).

14. ОБЛАСНА СТАРОБІЛЬСЬКА ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНА ЛІКАРНЯ

Адреса: вул. Набережна, 3, м. Старобільськ, Луганська обл., 92700

Телефон: (261) 2-14-752-22-64

Підпорядкування: Міністерство охорони здоров'я; УОЗ ОДА

15. МІЖНАРОДНА КЛІНІКА ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ

Адреса: вул. Помірецька, 37, м. Трускавець, Львівська обл., 82200

Телефон: (03247) 6-52-00, 6-52-20

Дата заснування: Липень 2003 року

Керівник: Козьявкін Володимир Ілліч - генеральний директор

Підпорядкування: Міністерство охорони здоров'я

Розташована в екологічно чистій зоні Прикарпаття, неподалік озера.

Контингент: діти та дорослі.

Нозології: дитячий церебральний параліч; вертеброгенна патологія (остеохондроз); наслідки травм (політравм); наслідки інсультів; органічні ураження нервової системи.

Порядок зарахування до Центру: вислати на адресу Інституту докладну виписку з історії хвороби.

Лікувально-діагностична база: Сучасне реабілітаційне обладнання для проведення лікувальних процедур: *механотерапії, лікувальної фізкультури*. Різноманітні тренажери для розвитку сили, координації рухів, удосконалення ходи, поступової вертикалізації тіла. Проведення занять за програмою біодинамічної корекції рухів та занять *комп'ютерної реабілітаційної ігротерапії*.

Стаціонарне відділення клініки включає 100 палат (1-, 2- і 3-місні, площею від 24 м², у всіх номерах спеціально обладнані ванні кімнати). Технологічні процеси клініки автоматизовані згідно концепції „Розумного дому”.

Концептуальні положення та методика реабілітації у Центрі: Система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації проф. В.І. Козьявкина.

16. КЗ ЛОР «ЛЬВІВСЬКА ОБЛАСНА ЛІКАРНЯ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ»

Адреса: вул. Кордуби, 4а, Личаківський, м. Львів, 79024

Телефон: (0322) 254-50-53

Веб-сайт: <http://www.health-loda.gov.ua/ukr/medychniOzaklady/399.html>

Лікувально-діагностична база: *Ліжковий фонд* – 180 стаціонарних ліжок (м. Львів: 40 ліжок; смт Східниця: 60 ліжок; смт Дубляни: 40 ліжок; с. Білий Камінь: 40 ліжок).

В усіх відділеннях функціонують кабінети з фізіотерапії, фізичної реабілітації (ЛФК), масажу, озокеритолікування.

Госпіталізація хворих на 2-й етап медичної реабілітації проводиться згідно направлень затвердженого зразку. Направлення з термінами госпіталізації (Львів – 18 днів, смт Східниця – 14 днів, смт Дубляни – 18 днів, с. Білий Камінь – 18 днів) надсилаються в ЛПЗ області; крім цього, хворі з виписками можуть самостійно звертатися у відбіркову комісію лікарні, отримувати направлення для шпиталізації в профільні відділення.

Реабілітаційне лікування є комплексним, проводиться мультидисциплінарним (бригадним) методом за Східноєвропейською моделлю. В лікувальному процесі, в залежності від патології та важкості захворювання, використовуються медикаментозні та немедикаментозні методи, фізіотерапевтичні процедури, масаж і лікувальна фізкультура, мануальна, нетрадиційна, рефлексотерапія, природні та преморфовані чинники, мінеральні води джерел смт Східниця.

17. КЗ “ЛЬВІВСЬКА ОБЛАСНА ЛІКАРНЯ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ № 3” У М. СОСНІВКА

Адреса: м. Соснівка, Львівська обл., 80193

Підпорядкування: Міністерство охорони здоров'я України

Дата створення: 11.10.2005 р., відкриття – 2006 р.

Лікувально-діагностична база: *Потужність:* 100 ліжок: профпатологічне відділення – 50 ліжок; неврологічне відділення – 50 ліжок.

Основний вид реабілітації: медична.

Реабілітаційні методики: фізіотерапія, спелеотерапія, аромотерапія, синглетно-киснева терапія, парафінотерапія, інгаляторій, механотерапія, масаж, рухова нейрореабілітація та ЛФК, психологічна реабілітація, підводна витяжка хребта з гідромасажем і магнітотерапією, вихрова ванна, термальна ванна, сауна, душ Шарко, висхідний, циркулярний, дощовий, гідролазерний душ.

187. МОРШИНСЬКА БАЛЬНЕОЛОГІЧНА ЛІКАРНЯ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Адреса: вул. Паркова площа, 3, м. Моршин, Львівська обл.

Телефон: (03260) 6-05-66, 6-07-72, 6-07-65

Лікувально-діагностична база: *Розташування:* в центрі м. Моршина, 300 м від залізничного вокзалу, навколо паркова зона.

Об'єм обслуговування: до 4 тис. процедур у день. В арсеналі 86 лікувальних та діагностичних методик.

Показання до лікування: захворювання органів травлення.

Супутні захворювання: патологія органів опори і руху, хребта, органів дихання, жіночих статевих органів, сечостатевої системи, шкіри, обміну речовин, ротової порожнини, наслідки травматичного ушкодження кісток і м'язів.

Реабілітаційні методики: внутрішній прийом мінеральної води джерел № 1, 4 та 6; ванни; душі; теплолікування - озокеритотерапія, електрофорез грязі, грязеві тампони; проктологічні процедури; лікувальна фізкультура, механотерапія; фізіотерапевтичні процедури; за бажанням хворого: гінекологічні процедури, інгаляції, різні види масажу, гідромасаж ясен, а також: рефлексотерапія; мануальна терапія; ручний масаж; солярій.

Проживання відпочиваючих по курсівках забезпечують пансіонати «Динамо», «Борис», «Зорецвіт», «Моршин» або приватний сектор.

19. КОРЕЦЬКА ОБЛАСНА ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНА ЛІКАРНЯ (ЛІКАРНЯ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ)

Адреса: вул. Є. Коновальця, 3, м. Корець, Рівненська обл., 34700

Телефон: (251) 2-16-42

Підпорядкування: Міністерство охорони здоров'я України

Рік створення Відкрита 01.03.1979 р. на базі колишньої ЦРЛ.

Лікувально- Єдина у Західному регіоні водолікарня.

діагностична база: *Основний вид реабілітації:* медична.

Природні лікувальні чинники: корецька азотно-радонова вода, аналогічна воді курорту Цхалтубо.

Нозології: захворювання опорно-рухового апарату; захворювання периферичної нервової системи; захворювання системи кровообігу; інші захворювання згідно з лікарськими рекомендаціями щодо санаторно-курортного лікування радоновими ваннами.

Контингент: дорослі.

Відділення: травматологічне; терапевтичне.

Реабілітаційні методики: радонові ванни, лікувальний масаж,

підводний душ-масаж, підводне витягнення, фізіотерапевтичні процедури (електролікування, тепловікування), механотерапія, голкорексфлексотерапія, фітотерапія.

20. РІВНЕНСЬКА БАГАТОФУНКЦІОНАЛЬНА ВОДОЛІКАРНЯ В СКЛАДІ ВІДОМЧОЇ ЛІКАРНІ УМВС УКРАЇНИ У М. РІВНОМУ

Адреса: Рівне

Підпорядкування: Міністерство внутрішніх справ України

Лікувально- *Основний вид реабілітації:* медична.

діагностична база: *Контингент:* співробітники органів внутрішніх справ; учасники ЛНА на ЧАЕС; особи, що потерпіли внаслідок аварії на ЧАЕС; послугами стаціонару можуть скористатися всі охочі мешканці міста за встановленими тарифами.

Потужність лікарні: 60 ліжок.

Крім традиційних для кожного лікувального закладу палат та кабінетів, тут є сучасна *багатофункціональна водолікарня*.

21. МИКУЛИНЕЦЬКА ОБЛАСНА КОМУНАЛЬНА ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНА ЛІКАРНЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ. ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ. ЦЕНТР РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ.

Адреса: вул. Галицька, 2, смт. Микулинці, Тербовлянський р-н, Тернопільська обл., 48120

Телефон: (0251) 5-14-59

Підпорядкування: Міністерство охорони здоров'я, Фонд соціального захисту осіб з інвалідністю

Дата створення: 28.05.02. 2005 – відкритий Центр реабілітації осіб з інвалідністю працездатного віку.

Лікувально- *Розташування:* знаходиться колишньому графському палаці, на високому пагорбі з панорамою Подільських Товтр і Серету.

діагностична база: *Лікувальні природні фактори:* місцева сірководнева вода ("Микулинецька Мацеста"); торф із вмістом сірководневих сполук.

Види реабілітації: медична; соціальна; рання соціальна.

Контингент: діти та дорослі.

Нозології: захворювання нервової системи (в т.ч. ДЦП); х-би с-ми кровообігу; х-би КМС; вроджені аномалії; віддалені наслідки травм і опіків; ожиріння; хвороби шкіри.

Реабілітаційні медичні методи: масаж; ЛФК; психотерапія; психологічна реабілітація, фізіотерапія; медикаментозна; голкорексфлексотерапія; *бальнеотерапія* (ванни, душі, підводний

масаж, зрошування мінеральною водою); *торфогрязьова терапія, парафіно-озокеритові аплікації.*

Форма реабілітаційного обслуговування: стаціонарна; консультації батьків

Режим роботи: цілодобово.

Порядок зарахування клієнтів до Центру: направлення лікаря.

Тривалість та періодичність реабілітаційних програм: 21 день.

Чисельність осіб, які одночасно проходять реабілітацію в Центрі: 200.

Чисельність дітей з інвалідністю, на яку розрахований центр: 30.

Щорічно у Центрі проходять реабілітацію: близько 3 тис. хворих.

22. БІЛЬЧЕ-ЗОЛОТЕЦЬКА ОБЛАСНА ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНА ЛІКАРНЯ

Адреса: с. Більче-Золоте, Борщівський р-н, Тернопільська обл., 48733 (48750)

Телефон: 2-13-76

Підпорядкування: Міністерство охорони здоров'я України.

Рік створення: Існує 60 років.

Розташування: у Придністров'ї, у низині річки Серет, серед гор і лісів. Розміщений на базі сільської лікарні.

Контингент: дорослі.

Реабілітаційна база: *Нозології:* хвороби с-ми кровообігу; захворювання нервової системи; хвороби КМС; загальна терапія (цукровий діабет, пневмонія, бронхіальна астма, ревматоїдний артрит, остеоартроз).

Потужність лікарні: 170 ліжок.

Чисельність осіб, які одночасно проходять реабілітацію в Центрі: 200.

Щорічно у Центрі проходять реабілітацію: близько 4 тис. хворих.

23. ВОДОЛІКАРНЯ «АРАБАТСЬКА СТІЛКА»

Адреса: вул. Набережна, 60, Генічеська Горка (Генгорка), Генічеський р-н, Арабатська стрілка

Телефони: (05534)5-01-92, 0501548199, 0951796854

Рік створення: 1982

24. ДУНАЄВЕЦЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ. ВОДОЛІКАРНЯ

Адреса: м. Дунаївці, Хмельницька обл.,

Підпорядкування: Міністерство охорони здоров'я України

Лікувально-діагностична база: *Основний вид реабілітації:* медична.
Реабілітаційне обладнання: медичне обладнання лікарні.

25. БРУСНИЦЬКА ОБЛАСНА ЛІКАРНЯ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ (ВОДОЛІКАРНЯ)

Адреса: с. Брусниця, Кіцманський район, Чернівецька обл., 58029

Телефон: (8-236) 9-15-80

Підпорядкування: МОЗ, обл. комун. власність. Піднято питання про передачу на баланс МВС.

Рік створення: 1967

Лікувально-діагностична база *Профіль:* ортопедичний (на 40 ліжок); неврологічний (на 20 ліжок); гінекологічний (на 10 ліжок).
Кількість ліжок: бюджетних – 70, госпрозрахункових (непрофільних) – 40.
Обслуговує хворих та осіб з інвалідністю області.
Кількість хворих, що пройшли лікування за весь період діяльності лікарні: понад 100 тис. осіб.
Чотириповерховий спальний корпус. Планується будівництво лікувально-оздоровчого комплексу на 72 місця одночасного відвідування та спального корпусу на 114 місць.

Отже, санаторно-курортний етап медичної реабілітації має велике значення у відновленні здоров'я хворої людини на ранній стадії одужання, в оздоровленні осіб з хронічною патологією, у профілактиці ускладнень та зміцненні психологічного стану. Курорти держави володіють потужним реабілітаційним потенціалом, але його зміст потребує сучасного наповнення та державної системи управління.

4.3.3. Амбулаторно-поліклінічний етап медичної реабілітації

Як показує світова практика та перший досвід в державі, перехід до організації первинної медичної допомоги за принципом лікаря загальної практики веде до значного підвищення якості, доступності, економічності медичної допомоги, ефективного використання ресурсів, до зміни орієнтації

на профілактику захворювань, зміцненню здоров'я населення, перерозподілу частини допомоги з стаціонарного сектору в амбулаторній, створення в амбулаторно-поліклінічних закладах денних стаціонарів, стаціонарів на дому.

Сімейна медицина – це форма організації первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), яка надається лікарем загальної практики, який забезпечує індивідуальне первинне та безперервне спостереження всіх членів родини незалежно від віку, статі, виду захворювання. Перехід до сімейної медицини – це не тільки пошук найбільш ефективних та економічних форм оптимізації медичної допомоги, а і необхідність інтегрального бачення людини, її здоров'я та хвороби. Побудова служби сімейної практики дозволить не тільки провести реформу охорони здоров'я в цілому, а і збудувати медичну реабілітацію, в т.ч. на амбулаторному рівні [57].

Основним структурним елементом організації ПМСД в системі етапної медичної реабілітації лишається територіальна терапевтична ділянка, а сімейний лікар є фахівцем, який забезпечує первинний контакт системи охорони здоров'я з окремими громадянами, що потребують реабілітації.

Система організації первинної медико-санітарної допомоги має ряд позитивних елементів. До їх числа належать:

- дільничний принцип надання ПМСД, який забезпечує пацієнтам спостереження одним дільничним лікарем (терапевтом, педіатром) протягом відносно тривалого терміну;
- професійна кооперація, до якої зараз прагнуть незалежні лікарі у багатьох країнах;
- комплексність медико-соціальної реабілітації пацієнта «під одним дахом»;
- можливість спільного використання лікарями медичної техніки та адміністративно-господарських служб.

Ці елементи організації ПМСД, які використовуються в процесі медико-соціальної реабілітації на амбулаторно-поліклінічному рівні,

отримали високу оцінку учасників Алма-Атинської конференції ВООЗ (1978 р.). ВООЗ визначила первинну медико-санітарну допомогу як перший ступінь в спілкуванні особи з індивідуальністю, сім'ї та суспільства з національною системою охорони здоров'я в її максимальному наближенні до умов життя і роботи людей. ПМСД є одним із стратегічних завдань діяльності ООН [57, 58, 92].

На сьогодні сформувалося соціальне замовлення суспільства на створення в структурі амбулаторно-поліклінічного закладу (АПЗ) для більш ефективного проведення медико-соціальної реабілітації команди фахівців загальної лікарської (сімейної) практики, що має привести до:

- підвищення якості первинної медичної допомоги;
- орієнтації на ресурсозберігаючі технології;
- підвищення престижу лікаря, що забезпечує первинну медичну допомогу;
- підвищення його професійної підготовки;
- підвищення задоволеності населення роботою лікаря первинної ланки.

Організація ефективного відновного лікування у негоспітальних умовах – важливий розділ роботи АПЗ. Повноцінне відновне лікування може бути досягнуто тільки за умови наступності і етапної послідовності госпітальної і заключної поліклінічної медичної допомоги.

Метою відновного лікування на амбулаторному етапі є якнайшвидше відновлення втрачених або знижених функцій як окремих органів і систем, так і всього організму в цілому і, таким чином, найбільш швидке відновлення працездатності громадян.

Добре поставлене відновне лікування при поліклініці дозволяє скоротити терміни перебування хворих на госпітальному лікуванні, сприяє швидшому їх поверненню до праці й умов звичного життя.

При цьому вирішуються такі завдання:

- відбір хворих, які потребують відновного лікування;

- складання індивідуальної програми відновного лікування хворого і її здійснення з використанням сучасних засобів і методів відновного лікування;
- своєчасний початок відновного лікування;
- використання комплексу всіх необхідних методів відновного лікування;
- безперервність, наступність, послідовність і етапність, індивідуальний підхід в організації і здійсненні програми відновного лікування;
- освоєння і впровадження в практику роботи відділень (кабінетів) нових сучасних методів і засобів відновного лікування, заснованих на досягненнях науки, техніки і передового досвіду лікувально-профілактичних установ;
- надання консультативної та організаційно-методичної допомоги з питань відновного лікування.

Професійна реабілітація передбачає використання комплексу заходів, спрямованих на відновлення втрачених або знижених професійних навичок. Основні її заходи проводяться на завершальному етапі відновного лікування з використанням спеціальних кабінетів фізіотерапевтичного відділення, ЛФК та трудових майстерень.

В медичній реабілітації на амбулаторному етапі застосовуються комплексні методи лікування: всі види апаратної фізіотерапії, гідротерапії, грязьове лікування, лікувальна фізкультура і масаж, механотерапія, ерготерапія, трудова терапія, медикаментозна терапія, психологічна реабілітація та інші види лікування, спрямовані на часткове або повне відновлення функції уражених органів і систем.

Для визначення обсягу та характеру відновного лікування, а також контролю за станом хворих в період відновного лікування використовуються методи функціональної діагностики, рентгенологічного, лабораторного та інших методів обстеження.

Відновне лікування проводиться наступним категоріям хворих:

- соматичним хворим після ліквідації основних клінічних проявів захворювання при наявності залишкових явищ і функціональної неповноцінності;
- хворим з наслідками травм і контузій мозку та ЛОР-органів, порушення мозкового кровообігу і гострих нейроінфекцій з різко вираженою органічною симптоматикою, астено-невротичними і вегетативними порушеннями;
- з травмами і захворюваннями периферичної нервової системи середньої важкості без виражених порушень руху, чутливості і трофіки;
- з незміцнілими кістковими мозолями після переломів;
- хворим, що мають рубці після лапаротомії, торакотомій та інших операцій на органах черевної та грудної порожнини;
- хворим, що перенесли втручання на м'язах, зв'язках, сухожиллях, суглобах та інші ортопедичні операції;
- після травм суглобів, перенесених артритів, артрозів з явищами контрактур;
- хворим, що страждають на спондилоартроз, остеохондроз хребта з больовим синдромом;
- з наслідками гострих запальних захворювань м'яких тканин і кісток (флегмони, абсцеси, панариції, остеомієліти);
- при наявності облітеруючих захворювань артерій нижніх кінцівок або венозної недостатності.

У відділеннях поліклініки реабілітацією повинні керувати лікарі, що пройшли спеціалізацію по методам відновного лікування (терапевт, хірург, невропатолог).

З метою забезпечення комплексності відновного лікування програма його включає:

- тренувальний режим;

- лікувальну фізкультуру, гідротерапію, електросвітлолікування, рефлексотерапію;
- необхідну медикаментозну терапію;
- амбулаторні операції (накладення ранніх і пізніх вторинних швів, вакуумне дренивання рани, вільна шкірна автопластика невеликих гранулюючих ран);
- психотерапію;
- терапію, спрямовану на відновлення повного обсягу рухових професійних навичок у хворих із захворюваннями та пошкодженнями опорно-рухового апарату (активна і пасивна лікувальна фізкультура, механотерапія, масаж, теплові і світлові процедури, ультразвук, трудотерапія, психотерапія);
- усунення больового синдрому при відновленні повного обсягу рухів і нормалізації функції нервових провідників (електрофорез з анальгетиками, медикаментозні блокади, діадинамічний ток, магнітотерапія);
- відновлення координації рухів в професійно необхідному обсязі (заняття на спеціальних тренажерах, трудотерапія, психотерапія);
- відновлення швидкісних професійних показників психомоторних і психосенсорних реакцій у різних фахівців (спеціальні тренування, рефлексотерапія, медикаментозна корекція, психотерапія).

Реалізація програми реабілітаційних заходів проводиться послідовно з урахуванням стану хворих.

На *першому* (підготовчому) етапі визначається вихідна ступінь відновлення працездатності та адаптації до трудової діяльності. Тривають реабілітаційні заходи, розпочаті в стаціонарі (санаторії, бази відпочинку), і підключаються заходи, що відповідають даному періоду, а також – підключається активна трудотерапія.

На *другому етапі* («етап впрацьовування») передбачається включення в трудову діяльність на 60-70% звичайного навантаження з повсякденним

контролем реакцій організму. Починається професійна реабілітація та, при необхідності, триває психологічна реабілітація.

На *третьому етапі* відновного лікування забезпечується повне тренувальне навантаження в межах звичайного розпорядку дня. Основу реабілітації третього періоду при ряді травм і захворювань складають тренування на спеціальних тренажерах, що імітують звичайний трудовий процес.

На *четвертому етапі* знімаються всі обмеження в трудовій діяльності і громадянин повертається до звичайних навантажень.

При адекватних реакціях організму, відновленні професійних навичок, реабілітація вважається закінченою, а постійний лікарський контроль знімається. Громадяни переводяться на планове диспансерне спостереження.

Ефективність лікування контролюється в динаміці і фіксується в реабілітаційній карті.

Структурними підрозділами поліклінік, де проводяться відновне лікування та реабілітація, є денні стаціонари, стаціонари на дому, кабінети, відділення відновного лікування, а також окремі структури, фізіотерапевтична поліклініка, лікарсько-фізкультурний диспансер.

Амбулаторно-поліклінічні відділення можуть істотно відрізнятись за своєю матеріально-технічною оснащеністю, наявністю відповідних фахівців. Белова А. Н. та співавт. [17] пропонують виділяти наступні рівні потужності реабілітаційних установ (табл. 5).

I рівень потужності відповідає тим відділенням відновного лікування, у яких немає можливості виділення ставок лікарів функціональної діагностики і психологів, створення спеціальних лабораторій кабінетів обстеження. У цьому випадку доцільне застосування методик, що не вимагають складного устаткування, не займають великої кількості часу і виконуються лікуючим лікарем-реабілітологом. До таких методик відносяться системи бальних оцінок окремих неврологічних симптомів і

рівня життєдіяльності в цілому, біомеханічне дослідження елементарних рухових функцій, короткі психологічні опитувальники типу «САН».

Таблиця 5.

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

Потужність	Види обстеження	Методики обстеження	Ким проводяться обстеження
I	Клінічне (в залежності від нозологічної групи)	Бальна оцінка клінічних симптомів	Лікуючий лікар
	Інструментальне	Біомеханічне обстеження за скороченою програмою	Лікуючий лікар
	Психологічне	Тест САН за скороченою методикою	Лікуючий лікар
	Клініко-соціальне	Бальна оцінка рівня життєдіяльності	Лікуючий лікар
II	Клінічне (в залежності від нозологічної групи)	Бальна оцінка клінічних симптомів	Лікуючий лікар
	Інструментальне	Біомеханічне обстеження за повною програмою	Лікар або лаборант функціональної діагностики
	Психологічне	Тест САН за повною методикою, тест Спілбергера, шкала депресії Т.І. Балашової	Психолог
	Клініко-соціальне	Бальна оцінка рівня життєдіяльності	Лікуючий лікар або соціолог
III	Клінічне (в залежності від нозологічної групи)	Бальна оцінка клінічних симптомів	Лікуючий лікар
	Інструментальне	Біомеханічне обстеження за повною	Лікар функціональної

		програмою, тепlobачення, ЕМГ, РЕГ, РВГ	діагностики
	Психологічне; за показами – нейропсихологічне	Шкали тривоги и депресії, ММРІ тощо, коректурні проби, таблиці Шульте, Крепеліна, кубики Кооса, дослідження мовлення, праксиса, гнозиса тощо.	Психолог Лікар- нейропсихолог
	Клініко-соціальне	Бальна оцінка рівня життєдіяльності	Соціолог

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

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

Дубініним С. А. (2003) запропонована оцінка ЛПЗ по готовності використовувати систему медико-соціальної реабілітації на основі доведених медичних технологій, що може бути описано наступним чином:

Вищий рівень готовності – присвоюється ЛПЗ, якщо: медична реабілітація може проводитися у відповідності зі встановленими медичними стандартами за основними нозологічними формами вищої і будь-якої іншої категорії складності; є можливість проведення не менше 90% простих, складних і комплексних медичних послуг хворим на своїй лікувальній базі; функціональні підрозділи розгорнуті, обладнані і утримуються, як мінімум

на 90% площ основних і допоміжних приміщень, передбачених ДБН, оснащені медичною технікою та виробами не менш, ніж на 100% необхідної номенклатури для здійснення діяльності; медичного обладнання з продовженим ресурсом не більше 10%; укомплектованість медичного складу фізичними особами не менше 80% від штатного розкладу; лікарський склад, як мінімум в 90%, а середній медичний персонал – в 75% своєчасно проходять професійне вдосконалення, мають вищу та першу кваліфікаційні категорії (наукові ступені) – 50% і більше; показники, що характеризують процес і результативність надання медичної допомоги, відрізняються від середніх по області не більше ніж на 5%; застосовуються сучасні медичні технології.

Перший рівень готовності – присвоюється ЛПЗ, якщо: медична реабілітація проводиться у відповідності із встановленими медичними стандартами за основними нозологічними формами I і II категорії складності; є можливість проведення не менше 75% простих, складних і комплексних медичних послуг на своїй лікувальній базі; функціональні підрозділи розгорнуті, обладнані і утримуються, як мінімум, на 80% площ основних і допоміжних приміщень, оснащені медичною технікою та виробами не менше ніж на 100% необхідної номенклатури для здійснення діяльності; медичного обладнання з продовженим ресурсом – 11-20%; укомплектованість медичного складу фізичними особами не менше 70% від штатного розкладу; лікарський склад, як мінімум, в 80%, а середній медичний персонал – в 65% своєчасно проходять професійне вдосконалення, мають кваліфікаційні категорії (наукові ступені) – 30% і більше; показники, що характеризують процес і результативність надання медичної допомоги, відхиляються від середніх по області не більш, ніж на 10%.

Другий рівень готовності – присвоюється ЛПЗ, якщо: медична реабілітація проводиться за основними нозологічними формами з несуттєвими відхиленнями від встановлених медичних стандартів; функціональні підрозділи розгорнуті, обладнані і утримуються, як

мінімум, на 70% площ основних і допоміжних приміщень, оснащені медичною технікою та виробами не менш, ніж на 100% необхідної номенклатури для здійснення діяльності; медичного обладнання з продовженим ресурсом 21-30%; укомплектованість медичного складу фізичними особами не менше 60% від штатного розкладу; лікарський склад, як мінімум в 75%, а середній медичний персонал – в 55% своєчасно проходять професійне вдосконалення; показники, що характеризують процес і результативність надання медичної допомоги, відхиляються від середніх по області не більш, ніж на 15%.

Загальний рівень готовності – якщо ЛПЗ має ліцензію на роботу, але не виконуються вимоги, що відповідають другому рівню по можливості використовувати систему медичної реабілітації на основі доведених медичних технологій.

Організація медичної допомоги по принципу загальної лікарської практики в процесі медичної реабілітації найбільше потрібна для обслуговування сільського населення. В процесі подальшого реформування медицини в організаційному аспекті перенос основного аспекту в медичному забезпеченні сільських жителів на робітників ФАПів стає обґрунтованим. Організація роботи сільських ФАПів та лікарських амбулаторій по принципу денних стаціонарів та стаціонарів на дому може бути ефективною і вплине на проведення медичної реабілітації.

У світлі обговорення реформи медичної реабілітації в Україні є думка фахівців, що завдання сімейного лікаря в будь-якій країні – бути диспетчером або ж надавати первинну допомогу при нескладних станах. Лікар первинної ланки зобов'язаний знати загальні принципи реабілітації та розуміти, куди спрямувати пацієнта для надання йому структурованої реабілітаційної допомоги. При цьому формат послуг з реабілітації на первинному рівні медичної допомоги (реабілітація в громадах), безперечно існує, але прототипом такої системи є фахівці реабілітації, котрі нині надають подібну допомогу хворим удома, на неофіційних умовах. Однак, має відбутися

офіційне врегулювання цього сектора реабілітації. Це і є реабілітаційна допомога на первинному рівні, але її мають надавати не сімейні лікарі, вони тільки співпрацюватимуть з реабілітологами [66, 78, 79].

Таким чином, амбулаторно-поліклінічний етап медичної реабілітації є завершальним, він має свої завдання, методики, які спрямовані на створення нового соціального продукту – реабілітованої людини, що подолала обмеження життєдіяльності, інтегрована в суспільство і досягла незалежності існування.

Рішення перерахованих вище завдань медичної реабілітації на всіх її етапах неможливо без комплексного підходу до проблем реабілітації в цілому. Це необхідне нормативно-правове забезпечення, створення та постійне вдосконалення матеріально-технічної бази, підготовка, спеціалізація, регулярне удосконалення спеціалістів, що задіяні в реабілітаційному процесі, належне методичне забезпечення на основі сучасних досягнень наукової думки, досконале управління.

Розділ 5.

УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Управління є найважливішим аспектом медичної реабілітації. Успіх (або, навпаки, неуспіх) реабілітаційної політики, багато в чому залежить саме від управління, від того, наскільки ефективно, повно і своєчасно здійснюється регулювання процесу медичної реабілітації: розробка реабілітаційних програм і заходів, координація діяльності всіх суб'єктів реабілітації, їх взаємодія і т.д.

5.1. Визначення понять

Поняття «управління» відноситься до числа тих, що міцно увійшли в категоріальний апарат соціології. Як відомо, під управлінням розуміється процес, функція якого полягає в забезпеченні реалізації потреб суспільного розвитку і громадських підсистем. Зміст управління полягає у формуванні критеріїв і показників соціального розвитку об'єкта, виділенні соціальних проблем, розробці та застосуванні методів їх вирішення, в досягненні запланованих станів і параметрів соціальних відносин і процесів [91, 92].

Значною мірою розроблено і поняття «соціальне управління», хоча в літературі воно трактується неоднозначно. У широкому сенсі це поняття використовується щодо управління соціальними процесами, на відміну від управління, що відноситься до фізичних, біологічних, політичних і інших об'єктів.

У науковий обіг поняття «соціальне управління» увійшло на початку 70-х років ХХ століття. Одним із перших визначення цьому поняттю дав В. Г. Афанасьєв, який писав: «Під соціальним (громадським) управлінням (мається на увазі свідоме управління) розуміється вплив на суспільство в цілому або його окремі ланки (виробництво, соціально-політичне та духовне життя, галузі економіки, підприємства і т.д.), з тим, щоб забезпечити збереження їх якісної специфіки, їх нормальне функціонування, вдосконалення та розвиток, успішний рух до заданої мети» [84, 85].

Цей підхід можна назвати кібернетичним, оскільки він запозичений з кібернетики – науки про загальні принципи і методи управління складними системами в природі, техніці та суспільстві [86, 90].

Цінність цього підходу полягає в подальшому поглибленні теорії управління, спробі визначити суть і перевагу управління як процесу упорядкування системи та переведення її в новий стан, в тому числі з використанням математичних методів в управлінні соціальними процесами. Однак для розуміння природи управління соціальними процесами кібернетичного підходу все ж недостатньо. Розглянутий підхід занадто «розширювальний», він не дозволяє виявити специфіку соціальної сфери як об'єкта управління.

Різновидом кібернетичного підходу до управління є системний підхід С. С. Шаталіна, В. Н. Цигичко та ін.

Під управлінням представники цього підходу розуміють «свідому організацію функціонування системи і її елементів». При цьому будь-яка надскладна система, наприклад соціально-економічна, розглядається як єдина організаційна структура, що володіє певною свободою вибору форм діяльності, елементи якої взаємопов'язані і спільно функціонують для досягнення спільних цілей. Суттю системного підходу є розробка програм дослідження об'єкта з метою пошуку кращої альтернативи управління [89, 93].

Подальший розвиток поняття «соціальне управління» знаходить у представників так званого діяльнісного підходу, що розглядають управління соціальними процесами як особливого роду діяльність, як взаємодія суб'єктів, тобто керуючої соціальної системи, і об'єктів (керованої соціальної системи), спрямовану на перетворення останньої відповідно до об'єктивних законів і в інтересах оптимального функціонування і розвитку [85, 94].

Одна з переваг діяльнісного підходу полягає в тому, що в цьому випадку процес управління розглядається з позицій сприятливих умов для реалізації і взаємного узгодження інтересів суб'єктів управління різного

рівня, зокрема, використання спеціальних технологій з оптимізації соціальної політики. При цьому під соціальними технологіями розуміється відпрацювання та вдосконалення способів вирішення різних соціальних завдань.

Управління реабілітаційними процесами – один з видів соціального управління, специфіка якого полягає в його націленості на вирішення завдань і підвищення ефективності соціально-реабілітаційної політики [91, 95].

Дослідження останніх років проблем медико-соціальної сфери показують, що 98% неуспіхів в діяльності органів управління і установ, що займаються медичною реабілітацією, напряду пов'язані з слабкістю управління. Ці 98% мають наступну структуру: управлінська некомпетентність керівника – 45%, нехтування обов'язками – 3%, відсутність досвіду у даній області – 9%, відсутність досвіду управлінської роботи – 18%, недостатність спеціальних знань – 20%. В переважній більшості випадків причинами невдалої роботи організації (63%) були некомпетентність в управлінні і відсутність управлінського досвіду [96].

Однією з передумов, що забезпечують ефективність управління будь-якою соціальною сферою, є наявність так званих «вертикальних» і «горизонтальних» зв'язків між суб'єктами управління («вертикальні» зв'язки, як відомо, встановлюються між суб'єктами управління різного рівня, зокрема, державними та регіональними (місцевими) органами влади, «горизонтальні» – між суб'єктами управління одного рангу).

Наявність системи «вертикальних» зв'язків в системі управління – свого роду канал оперативного проходження управлінського рішення від верхніх ешелонів влади до нижніх. Не менш важлива і система «горизонтальних» зв'язків, яка представляє собою сукупність різних управлінських структур і організацій одного рівня (органи влади та правопорядку, політичні партії, фракції, групи, громадські об'єднання та ін.), що безпосередньо забезпечують реалізацію управлінських рішень.

В ідеалі системи вертикальних і горизонтальних управлінських зв'язків повинні взаємодоповнювати одна одну.

Стосовно медико-соціальної реабілітації як напрямку політики в сфері управління, в даний час якраз не вистачає принципу співробітництва та мережевого зв'язку по Україні [87].

Суб'єкт соціального управління можна визначити як «структурно-організовану соціальну спільність, що виконує функцію керівництва і впливає на об'єкт з метою переведення його в новий стан».

В ролі суб'єкта управління реабілітаційними процесами можуть виступати:

- а) державні, регіональні (місцеві) органи влади;
- б) ініціативні соціальні групи суспільства, фінансові, громадські та інші організації;
- в) окремі соціальні групи і фізичні особи, в т.ч. хворі та особи з інвалідністю, організації (політичні, громадські та інші), які беруть участь в розробці і реалізації заходів щодо соціальної реабілітації.

Перераховані категорії фізичних осіб, соціальних груп, спільнот та інститутів стають суб'єктами управління реабілітаційними процесами в тому випадку, якщо вони:

- 1) беруть участь в обговоренні та розробці управлінських заходів і рішень, пов'язаних з соціальною реабілітацією;
- 2) впливають на прийняття управлінських рішень шляхом впливу на громадську думку, активізацію мас;
- 3) прагнуть довести свою участь в управлінні реабілітаційними процесами до розробки конкретних заходів і механізмів соціальної реабілітації.

Названі вище напрямки діяльності можна розглядати як критерії віднесення до суб'єктів управління реабілітаційними процесами.

Об'єкт управління – це «структурована соціальна спільність, яка функціонує під впливом суб'єкта для досягнення загальних цілей системи

управління». Об'єкт управління реабілітаційними процесами – особи з інвалідністю, хворі, які проживають в даному регіоні і які потребують медико-соціальної реабілітації [88].

Взаємодія суб'єктів і об'єктів управління реабілітаційними процесами здійснюється в ході підготовки, прийняття та реалізації управлінських рішень, тобто «Конкретних прийомів, методів, процедур, усвідомлених і спонтанних стратегій ...».

Управлінське рішення – найважливіша складова, результат процесу управління. Управлінське рішення містить постановку цілей і обґрунтування способів їх досягнення. Соціальна роль управлінських рішень виражається в тому, що з їх допомогою організовується практична діяльність суб'єктів і об'єктів управління.

Розробці управлінських рішень, як на державному, так і на регіональному (місцевому) рівнях, безпосередньо передують стадія аналізу ситуації. На цій стадії повинні бути виявлені чисельність і категорії осіб з інвалідністю та хворих, ступінь їх дезадаптації і десоціалізації, ступінь їх потреби в соціальній реабілітації.

По суті *управління* – це інформаційний процес, який включає наступні три операції (в теорії управління вони називаються *функціями*):

1. Отримання необхідної вихідної інформації (інформації стану) про об'єкти управління і навколишньому середовищу;
2. Переробку її (медико-соціальний маркетинг) і прийняття на основі цього відповідних рішень;
3. Постановку завдань об'єктів управління, тобто передачу відповідної інформації і контроль за виконанням відданих розпоряджень.

При виконанні зазначених функцій утворюється замкнутий контур, основними елементами якого є:

- а) орган управління, який отримує інформацію, переробляє її і приймає рішення;

б) канали управлінського зв'язку, що забезпечують своєчасну і точну передачу відповідної інформації;

в) об'єкти управління;

г) канали зворотного зв'язку, за якими йде інформація про виконання поставлених завдань і стан об'єктів управління.

Система управління може бути ефективною лише за умови чіткого взаємопов'язаного функціонування всіх названих елементів. Принциповий підхід до вдосконалення системи управління – підвищення швидкодії і якості роботи одночасно всіх елементів.

Планування – це один із способів, за допомогою якого керівництво забезпечує єдиний напрямок зусиль всього колективу реабілітаційної служби для досягнення цілей, задач, що вирішуються організацією (структурою) медико-соціальною реабілітації. Планування здійснюється безперервно – це постійна невизначеність майбутнього. Планування роботи реабілітаційної служби здійснюється на певний календарний період, найчастіше на рік.

Організація, як деяка структура (група) або установа, істотним елементом якої є її (їх) здатність виконувати завдання за функціональним призначенням. Однією з умов функціонування організації є цілеспрямована робота з кадрами – виховання, навчання і розстановка кадрів реабілітаційної служби.

Функція мотивації – створення внутрішнього спонукання до дій в сучасних умовах відсутності ідеологічних догм полягає в тому, щоб весь колектив реабілітаційної служби з найбільшою віддачею виконував службові обов'язки відповідно до штатного призначенням і планами робіт.

Контроль – це процес забезпечення найкращих результатів роботи реабілітаційної служби методом перевірки. Однак контроль в системі управління здійснюється не стільки з метою перевірки роботи, скільки для забезпечення відповідних (найкращих, нормативних) результатів від діяльності реабілітаційної служби.

Існують три аспекти управлінського контролю:

1) встановлення стандартів (нормативів) – це точне визначення цілей, які повинні бути досягнуті в позначений відрізок часу при відповідних витратах. Воно ґрунтується на законах, постановах уряду і вказівках, які розробляються в процесі планування та інших офіційних документах;

2) вимірювання того, що було в дійсності досягнуто за певний період, і порівняння досягнутого з очікуваними результатами.

Це знання необхідне для успішного здійснення третьої фази, а саме стадії, на якій вдаються до дій, якщо це необхідно, для корекції серйозних відхилень від початкового стандарту, нормативу.

Контроль виконання, як відомо, дозволяє не тільки виявити недоліки, але і глибоко вивчити, узагальнити і впровадити в практику позитивний досвід роботи.

Чотири функції управління – планування, організація, мотивація і контроль – мають дві загальні характеристики: всі вони вимагають прийняття рішення і для всіх необхідні зв'язок, обмін інформацією, щоб отримати інформацію для прийняття правильного рішення і довести це рішення до всього колективу реабілітаційної служби.

Рішення – це вибір того, як і що планувати, організовувати, мотивувати і контролювати для забезпечення ефективного функціонування всієї системи реабілітації хворих та осіб з інвалідністю.

Головний зміст, суть стадії підготовки і прийняття управлінських рішень становить розробка стратегії і тактики реабілітаційної політики. Визначення стратегії розвитку реабілітаційних процесів передбачає формулювання (у вигляді програми) цілей, основних завдань і пріоритетних напрямків соціальної реабілітації. У реабілітаційних програмах повинні бути також виділені основні етапи і намічений порядок (послідовність) їх реалізації.

Тактика соціальної реабілітації повинна витікати з стратегії і її установок. У загальному плані тактику можна охарактеризувати, як конкретизацію, уточнення стратегії, «прив'язку» її завдань до конкретних

суб'єктів і об'єктів реабілітаційної політики. Тактика включає в себе вирішення наступних основних проблем:

- 1) детальна обробка реабілітаційних програм по стадіях,
- 2) відстеження проміжних результатів і відповідне коригування наступних етапів;
- 3) розробка в ході виконання реабілітаційних програм можливих альтернативних (резервних) варіантів вирішення їх конкретних задач;
- 4) постійний взаємозв'язок дій суб'єктів реабілітаційної політики, попередження ймовірності їх конфронтації та ін.

Третя стадія управління реабілітаційними процесами – реалізація управлінських рішень.

Суть стадії реалізації управлінських рішень полягає в здатності та вмінні органів влади домогтися адекватного виконання цілей і завдань, сформульованих на попередньому етапі державних і регіональних реабілітаційних програм, планів заходів, нормативно-правових документів, спрямованих на відновлення порушених функцій організму, працездатності, психологічної стійкості і ресоціалізацію хворих та осіб з інвалідністю.

Залежно від спрямованості на ті чи інші аспекти, механізми управління реабілітаційними процесами можна поділити на такі групи: фінансово-економічні, правові, організаційні та соціально-психологічні.

Правові механізми управління реабілітаційними процесами – це сукупність соціально-правових норм, що регулюють взаємодію суб'єктів і об'єктів реабілітаційної політики. При цьому під соціальними нормами розуміються правила належної і можливої поведінки людей, що займаються вирішенням проблем соціальної реабілітації хворих та осіб з інвалідністю.

У нормах міститься встановлена або визнана суспільством або його інститутами соціальна цінність людей і міра (спосіб) контролю за цими діями.

В системі соціальних заходів правові заходи займають особливе місце. Будучи безпосередньо пов'язаним з владою та її інститутами, право виконує

функцію опори конструкції всієї системи соціальних норм, висловлює її головну політичну орієнтацію. Саме на право лягає основний тягар нормативного регулювання сучасних соціальних процесів і суспільних відносин.

Для правових норм характерно те, що на відміну від моральних, вони існують в строго структурованій формі (у вигляді системи законів, постанов, рішень і т.д.).

До механізмів правового регулювання можна віднести, по-перше, законодавчі акти директивно-регламентуючого характеру: постанови, державні і регіональні (місцеві) реабілітаційні програми, положення, контрольні завдання та приписи різних урядових органів і т.п.; по-друге, способи (форми) більш м'якого юридичного впливу, такі, як рекомендації, методичні вказівки, інструкції тощо.

Основною причиною неефективних управлінських рішень є неповнота і неякісність аналітичної інформації про стан охорони здоров'я без відповідного економічного аналізу. Аналітична обробка повинна здійснюватися на основі економічної теорії, представити інформацію в стислій і конкретній формі, виділити те, що вимагає оперативного вирішення, а потім подати цю інформацію на відповідний рівень управління.

Економічна теорія охорони здоров'я вивчає рішення, прийняті в області охорони здоров'я.

Людські, матеріальні, фінансові ресурси, в умовах проведення медико-соціальної реабілітації є в кожному конкретному випадку обмеженими, а варіанти їх використання є складним завданням. Економічна теорія охорони здоров'я дозволяє керівнику органу охорони здоров'я встановлювати об'єктивні причинно-наслідкові зв'язки в факторах, що впливають на розподіл коштів і вибір ефективного рішення.

Економічна теорія охорони здоров'я (ЕТЗ) є суто специфічною і відрізняється, з одного боку, від теорій, які розробляються в інших соціальних сферах життєдіяльності тим, що робота охорони здоров'я дає

чистий економічний вигаш (ефект), який, однак, не перетворюється в прибуток. З іншого, положення ЕТЗ відрізняються від чисто ринкових економічних теорій тим, що рішення, прийняті в охороні здоров'я, спрямовані, в першу чергу, не на зменшення витрат, а на збереження їх нормативними та збільшення певних їх видів, заради збереження життя і здоров'я найбільшому числу хворих громадян.

Основними законами економічної теорії охорони здоров'я, що діють в умовах, коли основні засоби на реабілітацію охорони здоров'я виділяються з державних бюджетів різних рівнів: закони можливості, потреби, відповідності й нормативних витрат на утримання.

Можливості та потреби – найважливіші категорії економічної теорії охорони здоров'я.

Закон можливості (W) відображає співвідношення між реальними можливостями органу охорони здоров'я (лікувального закладу) з надання певних видів медичної допомоги і числом хворих жителів, з урахуванням демографічної та екологічної ситуації в регіоні. Закон можливості стверджує, що, незважаючи ні на які умови (підвищення рівня захворюваності та ускладнення структури), реальні можливості медичної служби по наданню медико-соціальної, швидкої та спеціалізованої медичної допомоги в певний проміжок часу залишаються нормативними. Якщо число хворих (які потребують медико-соціальної реабілітації) перевищить певну величину (або порушиться структура захворюваності), то реальні можливості з надання медичної допомоги у відповідному обсязі зменшаться.

Закон потреби (P) встановлює фактичні потреби системи охорони здоров'я в лікувальних установах для надання певних видів медичної допомоги відповідного числа хворих. Закон потреби стверджує, що, незважаючи ні на які умови, чим вище рівень і складніше структура захворюваності в регіоні, тим більше фактичні потреби в медичній допомозі.

Застосування законів можливості і потреби є ключовим моментом у виробленні органом охорони здоров'я рішення по нормативу бюджетного фінансування.

Закон відповідності відображає відповідність між витратами на певні види медичної допомоги, з одного боку, і конкретними кількісними та якісними показниками результатів її надання та лікування, з іншого.

Застосування закону відповідності дозволяє розробити єдині для міста (регіону) медико-економічні стандарти якості надання медичної допомоги, лікування і реабілітації таких категорій хворих – свого роду норматив фінансування – для формування єдиного рівня відшкодування витрат за всіма видами і формами медичного забезпечення.

Інформаційне забезпечення системи медичної реабілітації на даний час є актуальним завданням.

Дієве, цілеспрямоване планування реабілітаційних заходів та налагоджена діяльність реабілітаційних закладів та служб, реалізація ППР неможливі без повної та достовірної інформації, але цілісної уяви про масштаби явища, про істинні його характеристики поки що немає.

Вихід з цієї складної ситуації вбачається в побудові та безперервному функціонуванні системи комплексної інформаційної підтримки процесів та програм медичної реабілітації [55].

До інформаційного забезпечення можна віднести:

1. Інформаційну підтримку нормативно-правового забезпечення та підготовку пропозицій до його удосконалення;
2. Фінансово-економічне забезпечення та визначення джерел та обсягів фінансування, структури і розмірів затрат, необхідних на розвиток та удосконалення підсистем медичної реабілітації і реабілітаційних ресурсів;
3. Інформаційно-статистичне забезпечення з інформаційно-довідковою та інформаційно-аналітичними підсистемами, включаючи бази даних індивідуального обліку осіб, які потребують реабілітаційних заходів;

4. Нормативно-методичне забезпечення, що передбачає розробку та впровадження стандартів діяльності реабілітаційних закладів і служб, методику визначення потреби в різних видах реабілітації, методики проведення цих заходів і формування ІПР;

5. Організаційно-кадрове забезпечення, яке визначає склад і структуру органів управління, склад і взаємодію реабілітаційних закладів, форм, порядок їх участі в комплексній системі реабілітації; професійну підготовку, перепідготовку і підвищення кваліфікації спеціалістів з реабілітації.

Вирішення складних завдань комплексної інформаційної підтримки потребує створення територіальних інформаційних центрів відомчої належності з відповідними територіальними автоматизованими базами даних. Зв'язок таких центрів по вертикалі та горизонталі дозволить мати необхідну інформацію для будь-якого рівня управління.

Для вирішення завдань інформаційно-методичного і інформаційно-статистичного забезпечення доцільно виділення провідних закладів, які б стали інформаційно-методичними центрами. Наприклад, великі багатопрофільні центри реабілітації, науково-практичні заклади реабілітаційної спрямованості.

Формування єдиного інформаційного простору дозволить найбільш повно вирішувати завдання по створенню державної системи медичної реабілітації на любых з управлінських рівнів.

Приведені положення дозволяють формувати систему медичної реабілітації, як на державному так і регіональному рівнях.

5.2. Потреба населення в реабілітації

Розвиток мережі медичних закладів, які надають допомогу по медичній реабілітації, повинен відповідати реальній потребі в ній населення.

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

За даними ВООЗ, 20-25% стаціонарних та 40-45% амбулаторно-поліклінічних хворих потребують проведення постійних комплексних реабілітаційних заходів [57].

За даними НДІ соціальної гігієни та організації охорони здоров'я ім. М. О. Семашко (1980), із загального числа госпіталізованих в відділення терапевтичного профілю відновного лікування потребують 8,37 на 10000 всього населення, хірургічного – 20,91 на 10000, неврологічного – 21,56 на 10000 всього населення, в цілому доліковуванню підлягають від 20 до 30% в залежності від основного профілю відділення, або 6,16 ліжка на 10000 населення.

С. Н. Пузин та співавтори (2005) вказують, що медичної реабілітації потребують 97,7% осіб з інвалідністю. Т. В. Зозуля та співавтори (2005) свідчать про те, що серед осіб з інвалідністю I групи потребують медичної реабілітації 88,9%, II – 36,6%, III – 40,3%, тобто медичної реабілітації потребують практично усі особи з інвалідністю незалежно від статі, віку, групи інвалідності, захворювання, тільки перелік реабілітаційних послуг залежить від патології [83].

Дубініним С. А. (2003) розраховані коефіцієнти потреби населення (осіб з інвалідністю, учасників бойових дій, членів сімей, громадян інших пільгових категорій) в медико-соціальній реабілітації в розрахунку на 1 людину впродовж року. Так, коефіцієнти потреби в проведенні реабілітації в амбулаторно-поліклінічних умовах складають $5,0 \pm 1,3$, в стаціонарних $1,3 \pm 0,3$, в санаторії – $0,9 \pm 0,3$ рази з розрахунку на одну людину на рік.

Методика визначення потреби хворих в реабілітації містить декілька етапів:

- 1) визначення пріоритетних в плані реабілітації *нозологічних форм* захворювання;
- 2) визначення конкретних *показів і протипоказів до відновного лікування* в умовах реабілітаційного центру для кожної з виділених нозологічних форм;

3) визначення необхідної для проведення дослідження *медичної документації* та об'ємів вибірок, що забезпечують репрезентативність результатів;

4) *збір та обробка даних*;

5) *розрахунок потреби в реабілітації* на основі співставлення отриманих даних з показами до направлення на відновне лікування.

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

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

Медико-соціальна значущість тієї чи іншої нозологічної форми визначається за наступною формулою [17]:

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

C – медико-соціальна значущість;

Z – доля даної нозологічної форми в структурі захворюваності;

I – доля даної нозологічної форми в структурі інвалідності;

TH – середня тривалість тимчасової непрацездатності одного випадку захворювання.

Визначення медико-соціальної значущості захворювань носить орієнтовний характер, передуючи вирішенню основного завдання – виявленню потреби в реабілітації; тому можна спростити розрахунки, підставляючи в формулу не абсолютні значення показників, а умовно виражені в балах (табл. 6):

Таблиця 6.

Бальна оцінка показників захворюваності та втрати працездатності

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

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

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

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

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

3) якщо і при цьому колишня діяльність неможлива або негативно впливає на стан здоров'я, необхідно *переключення хворого на такі види*

соціальної активності, які найбільшою мірою будуть сприяти задоволенню всіх його потреб, попереджуючи розвиток психологічної дезадаптації.

Сон І. М. та співавтори [97] запропонували методику розрахунку потреб хворих в реабілітації на відповідній території на підставі даних про захворюваність населення, показах та протипоказах до її проведення в амбулаторних та стаціонарних умовах та розрахунок наступних показників:

- кількість осіб, що мають потребу в медичній реабілітації в амбулаторних умовах за класами і деякими нозологічними формами хвороб (на 1000 населення);
- заплановане число днів для проведення медичної реабілітації в амбулаторних умовах (на 1000 населення);
- кількість осіб, що мають потребу в медичній реабілітації в стаціонарних умовах за класами і деякими нозологічними формами хвороб (на 1000 населення);
- плановане число ліжко-днів для проведення медичної реабілітації (на 1000 населення);
- потреба в ліжко-днях для проведення медичної реабілітації (на 1000 населення).

Це, на думку авторів, дозволить використовувати медичні заклади, які надають амбулаторну та стаціонарну допомогу з урахуванням інтенсивності лікувально-діагностичного процесу, раціонально проводити перспективне планування мережі медичних закладів регіону, які надають допомогу із медичної реабілітації.

Управління формуванням системи медичної реабілітації становить собою процес планування, організації, мотивації і контролю діяльності різних служб і відомств, здійснюваний для забезпечення ефективного функціонування системи збереження, відновлення і зміцнення здоров'я відповідних категорій населення в процесі їх життя, надання їм вичерпної соціальної та медичної допомоги, оціненої за рівнем доведеної ефективності.

Розділ 6.

СТАНДАРТИЗАЦІЯ В МЕДИЦИНІ

Доступність медичної допомоги – це вільний доступ до служб охорони здоров'я незалежно від географічних, економічних, соціальних, культурних, організаційних або мовних бар'єрів.

Доступність є важливою умовою надання медичної допомоги населенню в усіх країнах світу, що відображає як економічні можливості держави в цілому, так і можливості конкретної людини. Ніде не забезпечується всезагальний, рівний і необмежений доступ до всіх видів медичних послуг. Вважається, що виходом із такої ситуації є скорочення витрат на неефективні види медичних втручань і концентрація зусиль на наданні рівного доступу громадянам до найефективніших медичних послуг. Цей підхід до справедливого використання обмежених ресурсів називається раціонуванням і практикується в тій чи іншій мірі в усіх державах світу. В бідних країнах раціонування відкрите і повсюдне, охоплює майже всі види медичної допомоги, в економічно багатих країнах воно зазвичай обмежено дороговартісними видами допомоги або окремими групами громадян. Крім того, в багатьох державах є потайне раціонування: черги, через які неможливо отримати лікування в розумні терміни, бюрократичні перепони, виключення окремих видів лікування зі списку безкоштовних послуг та інше.

Готовність суспільства підвищувати доступність медичної допомоги багато в чому залежить від економічного стану країни. Але жодна країна не може витратити на здоров'я громадян більше 15% ВВП, тому що ці витрати негативно відобразяться на цінах вироблених товарів, які можуть втратити конкурентоспроможність. Тому визнання обмеженості ресурсів, використовуваних для надання медичної допомоги, є фундаментальним для поняття можливостей медицини взагалі [98, 100, 103, 105]. Важливо, щоб раціонування при розподіленні коштів в системі надання медичної допомоги

(МД) було ефективним, справедливим, професійним і гарантувало можливість отримання якісної МД.

Механізмом, що значною мірою реалізує право на доступність медичної допомоги, є її стандартизація. Медичні стандарти (протоколи ведення хворих) складаються з розумінням обмеженості коштів і особливостей надання допомоги в різних лікувально-профілактичних організаціях, тому в них закладають мінімальний рівень необхідної допомоги.

На думку В. В. Власова [104], доступність медичної допомоги може реалізовуватись шляхом роз'єднання вимог на *мінімальні* (обов'язкові) і потреби *оптимальної допомоги*, що виконуються по мірі необхідності (медичні показання) і включають дорогі види допомоги. Однак другий шлях, що закріплює в рекомендаціях (стандартах) дорогі види допомоги, понижує її доступність.

Стандарти виступають в якості найважливішого науково обґрунтованого механізму, що дозволяє приймати рішення про загальнодоступність або обмеження доступності тих чи інших медичних втручань. В економічно розвинених країнах створені відповідні галузеві нормативно-правова база і організаційні структури, що забезпечують діяльність установ охорони здоров'я і медичних працівників у рамках професійних стандартів і доказової медицини.

Світове визнання отримав підхід до забезпечення і оцінки якості медичної допомоги, що ґрунтується на тріаді А. Donabedian [106]:

- 1) ресурси (чи структура), що включають оцінку стандартів ресурсної бази (кадрів, устаткування і медичної техніки; матеріально-технічні умови перебування хворих і роботи медичного персоналу);
- 2) процес (чи технології), що включає стандарти технологій лікування, діагностики, профілактики;
- 3) результати, що включають стандарти результатів лікування, профілактики, діагностики, реабілітації, навчання і т. д. Зрештою системна

стандартизація у сфері охорони здоров'я спрямована на створення і вдосконалення нормативного регулювання галузі, що забезпечує доступність і гарантію високої якості медичної допомоги за наступними основними напрямками стандартизації:

- медичні технології;
- санітарно-гігієнічні технології;
- освітні стандарти;
- організаційні і управлінські технології;
- інформаційні технології;
- технології обігу лікарських засобів;
- технології, що регламентують питання метрології і медичної

техніки.

- економічні аспекти охорони здоров'я;
- обліково-звітна документація;
- забезпечення етичних правил в охороні здоров'я.

Основою створення системи забезпечення, оцінки і контролю якості медичної допомоги в усіх країнах є стандартизація організації лікувально-діагностичного процесу. Створення і впровадження в кожному ЛПЗ системи, що забезпечує належний рівень медичних послуг, включає наступні основні етапи: впровадження стандартів надання медичної допомоги; ліцензування медичної діяльності; сертифікація медичних послуг; ліцензування і акредитація медичних організацій; атестація і сертифікація фахівців; створення матеріально-технічної бази, що дозволяє виконувати стандарти медичної допомоги.

Розробка стандартів у сфері медицини, що безперервно оновлюються, у всьому світі здійснюється на основі балансу «витрати / ефективність», виходячи з реальної ситуації, тому клінічно-економічні дослідження є найважливішою складовою сучасної системи управління якістю медичної допомоги, що визначає тенденції розвитку ринку медичних послуг і дозволяє оптимізувати планування ресурсного забезпечення охорони здоров'я.

Система клінічно-економічних стандартів, що діє у ряді країн, включає методику комплексної оцінки *якості медичної допомоги (ЯМД)* за критеріями мінімізації помилок і оптимального використання ресурсів [108, 109].

Таким чином, *стандарт медичної допомоги* – це нормативний документ, що встановлює вимоги до процесу надання МП при конкретному виді патології (нозологічній формі) з урахуванням сучасних уявлень про необхідні методи діагностики, профілактики, лікування, реабілітації і можливостей конкретної системи медичної допомоги, забезпечує її належну якість.

Медичні технології (МТ) разом із стандартами відіграють важливу роль в системі підвищення якості медичної допомоги, оскільки оновлення стандартів відбувається при вдосконаленні і впровадженні в практику нових МТ. Оскільки МТ вимагають оцінки і реєстрації, в кожній країні існують свої технології і організації, що забезпечують їх впровадження в практику. До міжнародних організацій за оцінкою медичних технологій відносяться ІНАНТА – Міжнародна мережа агентств за оцінкою медичних технологій і НТАІ – громадська організація оцінки технологій охорони здоров'я.

Систематизація, оцінка і реєстрація МТ створюють передумови для уніфікації стандартів лікування. У деяких країнах окрім стандартів лікування розроблені і використовуються медично-економічні стандарти, клінічне керівництво, протоколи діагностики і лікування.

Стандарт не є чимось раз і назавжди виданим положенням. Стандарти повинні постійно переглядатися з урахуванням останніх досягнень медицини, економічних умов, стану здоров'я населення та інше. Як тільки стандарти встановлено, необхідно визначити, яким чином можна оцінювати їх виконання. Вирішення основних проблем охорони здоров'я неможливо у теперішній час без створення стандартизації у галузі.

6.1. Основні принципи стандартизації в охороні здоров'я

Стандартизація в охороні здоров'я базується на дотриманні таких основних принципів:

- принцип згоди (консенсуальності) – взаємне прагнення всіх суб'єктів до досягнення згоди при розробці і введенні в дію нормативних документів системи стандартизації;
- принцип однаковості – єдиний порядок розробки, узгодження, прийняття і введення в дію нормативних документів, нагляду і контролю за дотриманням вимог нормативних документів з стандартизації;
- принцип значущості – соціальна, наукова й економічна доцільність розробки і застосування нормативних документів у практичній охороні здоров'я;
- принцип актуальності – відповідність вимогам законодавства і нормативно-правових актів, міжнародним нормативним документам і сучасним досягненням науки;
- принцип комплексності – узгодження між собою вимог, що висуваються до об'єктів стандартизації;
- принцип верифікації – забезпечення можливості контролю заданих у нормативних документах вимог об'єктивними методами.

У стандартах можуть міститися як обов'язкові для виконання вимоги, так і рекомендаційні.

Сукупність об'єктів стандартизації, об'єднаних функціонально й структурно однорідною сферою діяльності, являє собою галузь стандартизації [102].

Нормативні документи зі стандартизації в охороні здоров'я

Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) проголошена нова політика в галузі удосконалення якості охорони здоров'я, яка спрямована на збереження життя і досягнення якомога більш високого рівня здоров'я населення. Мета цієї політики – введення в усіх країнах-учасницях

ВООЗ структур та процесів, що гарантують безперервне удосконалення якості охорони здоров'я, а також розвиток та запровадження на відповідному рівні медичних технологій (задача № 31 Програми «Якість в охороні здоров'я»). Процес безперервного розвитку якості передбачає використання нових концепцій контролю, оцінки, удосконалення та забезпечення якості [111, 112].

Крім рекомендації ВООЗ, на території нашої держави діє низка регламентуючих документів, безпосередньо пов'язаних з якістю медичної допомоги. Серед них слід зазначити основні: наказ МОЗ України від 27.07.98 р. № 226 «Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних установах України та Тимчасових стандартів обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критеріїв якості лікування дітей»; наказ МОЗ України від 12.01.98 р. №2 «Про затвердження стандартів державної акредитації закладів охорони здоров'я України»; наказ МОЗ від 28.12.2002 р. № 507 «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги»; наказ МОЗ України від 10.01.2005 р., № 7 «Про затвердження стандартів надання медичної допомоги за спеціальністю «Професійна патологія» в амбулаторно-поліклінічних закладах»; наказ МОЗ України «Про забезпечення виконання Закону України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії»; Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, затверджена Указом Президента України від 7 грудня 2000 року № 1313/2000; Закон України від 6 жовтня 2005 р. № 2961-ІУ «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні»; Закон України від 5 жовтня 2000 року №2017-111 «Про державні соціальні стандарти і державні соціальні гарантії»; доручення Президента України від 06.03.2003 р. № 1-1/252 (п.а.2), доручення Кабінету Міністрів України від 02.11.2000 р. № 18249 до Закону України від 5 жовтня 2000 року № 2017 «Про державні соціальні стандарти і державні соціальні гарантії»; постанова

Кабінету Міністрів України від 21 червня 2001 р. № 667 «Про затвердження заходів щодо виконання Концепції розвитку охорони здоров'я населення України»; розпорядження Кабінету Міністрів України «Про доповнення заходів, затверджених розпорядженням Кабінету Міністрів України від 06.11.1999р. № 1220»; постанова Кабінету Міністрів України від 17 травня 2002 року № 643 «Про реалізацію статей 24 і 27 Закону України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії»; Державна Програма «Забезпечення населення лікарськими засобами на 2004-2010 роки», затверджена постановою Кабінету Міністрів від 25 липня 2003 р. № 1162 [6, 7], Наказ МОЗ № 57 від 07.02.2008 року «Про затвердження державних соціальних нормативів у сфері реабілітації осіб з інвалідністю».

6.2. Особливості медичних стандартів

Розвитку стандартизації в охороні здоров'я України передували: стрімкий розвиток і вдосконалення медичних технологій; поява високоефективних лікувальних заходів і складність їх вибору через розмаїття альтернатив; відсутність погодженості оцінки ефективності методик, тактики ведення пацієнтів з однаковою патологією; зростання потреби у медичній допомозі у зв'язку з постарінням населення; випадки нераціонального використання наявних ресурсів; недостатнє фінансове забезпечення потреб охорони здоров'я; необхідність використання системи доказів ефективності, безпеки та економічної доцільності; абсолютна необхідність визначення обсягу гарантованого державою рівня безоплатної медичної допомоги; перспективи впровадження обов'язкового державного соціального медичного страхування. В Україні окремі напрямки медичного страхування почали активно розроблятися у 90-х роках минулого сторіччя, що співпало з початком соціально-економічних перетворень у державі та пошуком нових ефективних механізмів управління в галузі.

Поняття «якість», як і поняття «стандартизація», надійшли до галузі охорони здоров'я із сфери промислового виробництва. У п'ятдесяті роки з

появою сучасних технологій діагностики, профілактики і лікування медичне обслуговування з економічної точки зору крок за кроком стало набувати рис виробництва медичних послуг. Результатом такого виробництва є послуги, завдяки яким досягаються основні цілі охорони здоров'я — збереження життя і досягнення максимально високого рівня здоров'я.

Щодо проблеми оцінки якості медичних послуг, вона весь час ускладнюється з розвитком медичних технологій і зміни характеру захворювань.

Стандарти приймаються уповноваженими на те компетентними організаціями і оформляються у вигляді законів, нормативних актів чи рекомендацій, що містять виклад низки норм і вимог. Стандарт вимагає обов'язкового законодавчого підтвердження, якщо він стосується здоров'я і безпеки людей.

За категорією розрізняють стандарти міжнародні, регіональні (регіони світу), державні, галузеві, адміністративно-територіальних одиниць; стандарти асоціацій, об'єднань, наукових і професійних товариств, медичних установ (підприємств). Стандарти можуть бути рекомендованими та законодавчими [112, 115]. В Україні вони стосувалися головним чином лікувально-діагностичного процесу [111, 113].

Останнім часом до розробки стандартів, що стосуються безпеки пацієнтів та медичних робітників, охорони навколишнього середовища, організації служб медицини катастроф та ін., активний інтерес проявляють урядові організації. Цим стандартам надається статус законів, їх дотримання контролюють органи державного нагляду.

Результатом активної діяльності з стандартизації у сфері охорони здоров'я стала розробка та впровадження різноманітних стандартів медичної допомоги.

Медичні стандарти повинні:

- відповідати сучасному рівню медичної науки і практики;

- бути узгодженими з науковими медичними товариствами і асоціаціями;
- задовольняти загальним вимогам ВООЗ, що ставляться до класифікаторів медичних процедур і втручань;
- містити стандартизацію протоколів досліджень, процедур та їхніх описів,
- зберігати внутрішню несуперечливість і забезпечувати спадкоємність існуючої медичної документації.

Подібний підхід передбачає оцінку існуючих стандартів з позицій накопиченого досвіду й одночасне опрацювання базових принципів, з проведенням польових іспитів, застосуванням альтернативних моделей. Необхідно регулярно, як це заведено у світовій практиці, переглядати й деталізувати стандарти у відповідності з досягненнями медичної науки.

За обов'язковістю виконання вимог розрізняють:

- стандарти-рекомендації (стандарти у вигляді методичних рекомендацій, інструктивних листів тощо, виконання яких не потребує жорсткого дотримання затвердженої раз і назавжди методики).
- законодавчі стандарти (стандарти у вигляді законів, постанов, наказів, тощо, обов'язковість виконання яких прирівнюється до сили закону).

За рівнем і загальною ієрархією системи застосування виділяють:

- локальні (стандарти, які застосовуються в одному чи кількох лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ), або в межах управління охороною здоров'я міста, району);
- регіональні (стандарти, застосування яких обмежене регіоном);
- національні (стандарти, які застосовуються на рівні держави);
- міжнародні (стандарти, які застосовуються на міжнародному рівні);

За видом розрізняють такі стандарти:

- стандарти на ресурси системи охорони здоров'я (стандарти, які містять вимоги до основних фондів ЛПЗ, кадрів, фінансів, медикаментів, що

використовуються, обладнання тощо). Стандарти на ресурси системи охорони здоров'я (СОЗ) розроблені досить ґрунтовно і часто мають силу закону, деякі з них мають національний і навіть міжнародний рівень;

- стандарти організації медичних служб і закладів (стандарти, які містять вимоги до системи організації ефективного використання ресурсів СОЗ). Вони стосуються систем управління, організації лікувального процесу, інформаційного забезпечення, систем контролю за якістю та безпекою медичної допомоги;

- технологічні стандарти (стандарти, які регламентують процес надання медичної допомоги). Вони можуть мати рекомендований і законодавчий характер і використовуватися як локальні, територіальні і національні стандарти;

- стандарти програм медичної допомоги (регламентують проведення комплексу заходів, які здійснюються для окремих груп населення, об'єднаних за характером захворювання, віком, статтю, соціальним статусом, професією, умовами праці тощо. Як правило, такі програми є законодавчим стандартом);

- медико-економічні стандарти (поєднують в собі стандарт діагностики, лікування спільно з вартістю медичної допомоги. Мають, як правило, рекомендований характер і використовуються як локальні);

- комплексні стандарти (набір структурно-організаційних технологій і стандартів, організаційних програм, що регламентують діяльність певного медичного фаху чи служби) [108].

Стандарти на ресурси містять вимоги до кваліфікації фахівців-медиків, а також до приміщень та устаткування обладнанням. Прикладами таких стандартів є кваліфікаційні вимоги до спеціалістів, програми їх навчання та атестації, вимоги до медичних будов (споруд) та стандарти на їх проектування, вимоги до зберігання документів.

Організаційні стандарти містять вимоги до систем організації та ефективного й безпечного використання ресурсів, відіграють значну роль в

створенні структурних гарантій та є важливим механізмом забезпечення якості медичної допомоги, стосуються систем управління, організації лікувального процесу, інформаційного забезпечення, програм контролю якості. В багатьох країнах структурно-організаційні стандарти використовуються при вирішенні питання про видання ліцензій, а також при поточних перевірках, що виконуються органами державного нагляду.

Найбільш важливим і складним об'єктом стандартизації донині є *медичні послуги* – комплекс заходів, спрямованих на попередження захворювань, їхню діагностику і лікування, що мають якісну оцінку і визначену вартість. За ступенем складності медичні послуги класифікуються як прості, складні і комплексні. За функціональним призначенням вони поділяються на лікувальні, діагностичні, профілактичні, відновно-реабілітаційні і транспортні.

Надійність системи стандартів медичної допомоги залежить від безлічі складових. Фахівці вбачають вихід у запровадженні апарату статистики із застосуванням методів теорії ймовірності. За допомогою математичних методів можна розв'язати проблеми технологічної стандартизації медичних маніпуляцій, операцій, терапевтичних методів лікування, прорахувати ймовірність виникнення ускладнень, створити статистичні моделі прогнозу виходу тих чи інших видів стандартизованих медичних технологій тощо [108].

Технологічні стандарти регламентують процес надання медичної допомоги. Широко застосовуються стандарти новітніх дороговартісних технологій. При їх розробці пріоритети віддаються забезпеченню медичної та економічної ефективності методик, що використовуються. Технологічні стандарти надзвичайно широко використовуються у високотехнологічних галузях медицини (спеціалізована, висококваліфікована лікарська допомога) і значно рідше – у сфері первинної медичної допомоги, що не відрізняється насиченістю високими технологіями.

Стандарти програм медичної допомоги регламентують проведення комплексу медичних заходів, що здійснюються для певних груп пацієнтів, об'єднаних за характером захворювань, соціальним положенням, фахом та умовами праці і т.п. Вони містять рекомендації щодо комплексу засобів, що треба вживати різноманітним категоріям медичного персоналу на різних рівнях для профілактики, діагностики, лікування та реабілітації хворих з певною визначеною патологією.

Програми медичного обслуговування для різноманітних контингентів пацієнтів розповсюджуються у формі наказів Міністерства охорони здоров'я та інших органів у формі методичних рекомендацій, розроблених науковими та академічними медичними інститутами, галузевих нововведень.

Приймаються також *комплексні стандарти* – це набір структурних, організаційних, технологічних стандартів конкретних програм, що регламентують діяльність певної медичної спеціальності чи служби. Комплексна стандартизація використовується тільки у «вузьких» спеціальностях.

Відомий американський вчений і консультант із теорії управління якістю Едвард Демінг стверджував, що якість товарів і послуг на 80% залежить від системи управління, і лише на 20% – від людського фактора. Концептуальним підходом Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) (2008) з питань якості також є висновок про те, що більшість причин низької якості криється в недоліках системи організації медичної допомоги, а не в окремих постачальниках медичних послуг (Європейський регіональний комітет ВОЗ, 2008).

У сучасних світових і вітчизняних умовах активно розвивається стандартизація як ключовий інструмент управління якістю. У медичній галузі стандартизовані: умови надання медичної допомоги, безпека медичних втручань – шляхом проведення акредитації закладів охорони здоров'я; підготовка медичних кадрів – через запровадження сертифікації спеціалістів і

ліцензування медичної практики; медичні технології – шляхом створення галузевої бази медичної допомоги.

Необхідність розвитку стандартизації вітчизняних організаційних технологій започаткована Наказами Міністерства охорони здоров'я України від 01.08.2011 року № 454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року» та від 19.09.2011 року № 597 «Про затвердження Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року».

У концепції управління якістю медичної допомоги, зокрема, стверджується, що заснований на принципах контролю адміністративно-командний підхід до забезпечення якості у системі охорони здоров'я, що діяв до останнього часу, не відповідає організаційно-правовим та економічним умовам функціонування галузі і потребує заміни підходом, що базується на принципі управління процесом.

Процесуальний підхід як метод управління якістю закріплений у положеннях міжнародних стандартів International Organization for Standardization (ISO) серії 9000. Обов'язковим для керівника у сфері якості є використання методу системного підходу – для встановлення взаємодії усіх процесів у системі [112, 116].

Міжнародні стандарти є джерелом найважливішої інформації, оскільки в них зібрано норми і правила, засновані на досягненнях у різних галузях техніки, новітніх технологіях, практичному досвіді. Стандарти визначаються методом консенсусу, оскільки в роботі над ними у Всесвітній федерації національних організацій зі стандартизації ISO беруть участь фахівці з понад 160 країн, а загалом ISO підтримує зв'язки з майже 400 міжнародними організаціями, які працюють над питаннями стандартизації.

Наша країна – член ISO з 1993 року, член Ради ISO – з 2004 року. Україна гармонізує національні державні стандарти України (ДСТУ) з вимогами цієї організації (Держспоживстандарт України 2005; 2009).

Впродовж 2006-2010 рр. рівень гармонізації становив 80,2% загальної кількості прийнятих національних стандартів.

Стандарти ISO серії 9000 – організаційні стандарти на систему якості; це документи, які встановлюють вимоги до системи якості, її організаційної структури та функціонального наповнення. Зазначені стандарти не стосуються клінічної допомоги, але необхідні для того, щоб створити єдині для організацій вимоги щодо здійснення всіх процесів, спрямованих на виготовлення продукції чи надання послуг.

Для медичної галузі на основі стандартів ISO створено документ міжнародної робочої угоди IWA (International Workshop Agreement) 1:2005, згідно з яким гармонізовано національний стандарт ДСТУ IWA 1:2007 «Системи управління якістю. Настанови щодо поліпшування процесів в організаціях охорони здоров'я» (Держспоживстандарт України, 2008). Дійсний ДСТУ IWA 1:2007 відповідає чинному законодавству України, заснований на положеннях міжнародних стандартів 9001:2000 і 9004:2000 і містить додатковий матеріал, що стосується діяльності саме організацій охорони здоров'я. Призначення стандарту – допомогти організаціям охорони здоров'я розробити чи поліпшувати систему управління якістю, що забезпечить постійне поліпшення, упередження помилок або несприятливих результатів, зменшення відхилень і втрат організації, наприклад внаслідок нераціонального використання ресурсів.

Процеси системи управління якістю, згідно з міжнародними стандартами в адаптації до медичного закладу, можна розподілити на чотири групи: процеси, пов'язані з відповідальністю керівництва у сфері якості; з управлінням ресурсами для забезпечення лікувально-діагностичного процесу; процеси надання медичної допомоги (профілактичний, лікувальний, діагностичний, реабілітаційний, догляду за хворими та ін.); процеси моніторингу, вимірів, оцінки, аналізу та поліпшення кожного виду діяльності.

Управління якістю слід починати, згідно з вимогами міжнародних і гармонізованих з ними вітчизняних стандартів, із планування показників якості; бажано, щоб вони були переважно кількісними. Враховуючи п'ять сучасних стратегій забезпечення якості системами охорони здоров'я, визначених ВООЗ (тобто спрямування відповідних заходів на медичних працівників, на організації медико-санітарної допомоги, на медичні препарати і технології, на пацієнтів, на організації, що фінансують медичні заклади), саме відповідно до стратегічних напрямків діяльності медичного закладу слід формувати планові показники якості.

В оперативному режимі необхідно також застосовувати методи моніторингу, вимірювань та оцінки усіх процесів як «зворотного зв'язку» в системі управління якістю, виявлення невідповідностей (дефектів) у системі.

Періодичний моніторинг можна здійснювати, застосовуючи внутрішні аудити та самооцінку діяльності медичного закладу за встановленими критеріями, що відповідають запланованим показникам. Джерелами отримання інформації слід вважати первинну медичну документацію. Отримані результати підлягають оцінці методом порівняльного аналізу зі встановленням причин виявлених невідповідностей.

Будь-яка система управління потребує формалізації, а саме – документального опису та запровадження документообігу як засобу встановлення інформаційних зв'язків у системі. Ієрархія документів системи управління якістю згідно з положеннями міжнародних стандартів має трирівневу структуру, і повинна складатись із «Настанови з якості» – провідного документу, який описує систему управління якістю в закладі; задокументованих методик із моделями процесів; документів, які підтверджують виконання робіт – первинної медичної документації, протоколів аудитів, самооцінки.

Таким чином, стандартизація організаційних технологій на основі міжнародних стандартів ISO серії 9000 та їх вітчизняних аналогів дозволить

виконати необхідні завдання і функції керівникові закладу охорони здоров'я у сфері управління якістю [46].

Орієнтація медичної практики на використання ефективних і відмова від неефективних медичних технологій і лікувальних засобів є одним із дійових механізмів раціоналізації використання ресурсів і підвищення загальної якості медичної допомоги. Практичним втіленням концепції «доказової медицини» повинні стати розробка і широке розповсюдження *клінічних протоколів* – форми стандартизації медичної допомоги, яка вважається найефективнішою на сучасному етапі [117, 119].

Протоколи – це систематично розроблені на основі доказової медицини положення, метою яких є допомога медичним працівникам і пацієнтам у прийнятті правильного рішення щодо надання медичного обслуговування у визначених клінічних ситуаціях. Клінічні протоколи повинні базуватися на даних наукової літератури і повсюдно визнаному принципі доказів [116].

Розробка і впровадження галузевих стандартів «Протоколи ведення хворих» дозволяє забезпечити необхідний рівень і якість медичної допомоги, уніфікувати лікувально-діагностичні заходи і стандартизувати їх обсяг [120].

«Протоколи надання медичної допомоги» затверджуються наказами МОЗ України з метою поліпшення якості надання медичної допомоги населенню. Протоколами передбачені умови, за яких повинна надаватися медична допомога, перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового і додаткового асортименту, методи діагностики і лікування, критерії ефективності лікування, очікувані результати лікування.

Очевидно, що Протоколи будуть дієвими лише в тому випадку, якщо закладені в них вимоги будуть науково обґрунтованими, економічно доцільними і реально здійсненними.

6.3. Питання стандартизації в медико-соціальній експертизі та реабілітації осіб з інвалідністю

Стандартизація в галузі медико-соціальної експертизи (МСЕ) і реабілітації являє собою процес або один з головних напрямків як з розробки норм, правил і характеристик МСЕ і реабілітації, так і з оптимізації управлінських рішень щодо надання медико-експертних послуг. Одночасно стандартизація в цій галузі дозволяє проводити якісний аналіз стану і розвитку служби МСЕ і реабілітації, що сприяє визначенню ефективних механізмів удосконалення діяльності установ МСЕ і реабілітаційних закладів різного рівня і відомчої підпорядкованості, вибору пріоритетів їх розвитку [120, 121].

Реабілітаційний напрямок роботи служби МСЕ набув великої значущості після прийняття Закону «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» (2005) [122, 123, 124].

Відповідно до Закону «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» (2005) стандартом медико-соціальної реабілітації є *Державна типова програма реабілітації осіб з інвалідністю* (ст. 16), яка встановлює гарантований державою перелік послуг з медичної, психолого-педагогічної, фізичної, професійної, трудової, фізкультурно-спортивної, побутової і соціальної реабілітації, технічних та інших засобів реабілітації, виробів медичного призначення, які надаються особі з інвалідністю, дитині з інвалідністю з урахуванням фактичних потреб залежно від віку, статі, виду захворювання безоплатно або на пільгових умовах. Державна типова програма реабілітації осіб з інвалідністю розробляється центральним органом виконавчої влади у сфері праці та соціальної політики за участю інших центральних органів виконавчої влади, які здійснюють державне управління системою реабілітації осіб з інвалідністю, з урахуванням пропозицій всеукраїнських громадських організацій осіб з інвалідністю. Державна типова програма реабілітації осіб з інвалідністю і порядок її реалізації

погоджуються Радою у справах осіб з інвалідністю при Кабінеті Міністрів України та затверджуються Кабінетом Міністрів України.

Індивідуальна програма реабілітації особи з інвалідністю (ст. 23) розробляється відповідно до Державної типової програми реабілітації осіб з інвалідністю для повнолітніх осіб з інвалідністю – медико-соціальною експертною комісією, для дітей з інвалідністю – лікарсько-консультативними комісіями лікувально-профілактичних закладів. Визначення конкретних обсягів, методів і термінів проведення реабілітаційних заходів, які повинні бути здійснені щодо особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, кошторис витрат за рахунок бюджетних коштів чи загальнообов'язкового державного соціального страхування, а також контроль за виконанням індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю в межах своїх повноважень здійснюють медико-соціальні експертні комісії (лікарсько-консультаційні комісії лікувально-профілактичних закладів – щодо дітей з інвалідністю), органи праці та соціального захисту населення; служби зайнятості, реабілітаційні установи, розпорядники відповідних коштів. Обсяг реабілітаційних заходів, що передбачається індивідуальною програмою реабілітації особи з інвалідністю, не може бути меншим передбаченого Державною типовою програмою реабілітації осіб з інвалідністю. Індивідуальна програма реабілітації особи з інвалідністю є обов'язковою для виконання органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, реабілітаційними установами, підприємствами, установами, організаціями, в яких працює або перебуває особа з інвалідністю, дитина з інвалідністю, незалежно від їх відомчої підпорядкованості, типу і форми власності. Індивідуальна програма реабілітації має для особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю рекомендаційний характер. Особа з інвалідністю (законний представник дитини з інвалідністю) має право відмовитися від будь-якого виду, форми та обсягу реабілітаційних заходів, передбачених його індивідуальною програмою реабілітації, або від усієї програми в цілому. Особа з інвалідністю(законний представник дитини з інвалідністю)

самостійно вирішує питання про вибір та забезпечення конкретними засобами чи послугами реабілітації, включаючи засоби пересування, виробу медичного призначення, друковані видання зі спеціальним шрифтом, звукопідсилювальну апаратуру, санаторно-курортне лікування тощо в межах її індивідуальної програми реабілітації. Положення про індивідуальну програму реабілітації особи з інвалідністю, порядок її фінансування та реалізації затверджується Кабінетом Міністрів України.

Основні стандарти реабілітаційної діяльності МСЕК викладені в Положенні про індивідуальну програму реабілітації (ІПР), у Методиці упорядкування ІПР, в Індивідуальній програмі реабілітації.

Варто зазначити, що в кожному конкретному випадку стандарт визначає критерії, параметри мінімізації і достатності функціонування всіх аспектів роботи закладів МСЕ на вертикальному і горизонтальному рівнях управління. Пріоритетною стає програма забезпечення якості медико-експертних і сервісних послуг, хоча кожна сторона діяльності закладів МСЕ повинна містити стандарти якості [120].

Принципово система забезпечення і контролю якості медико-експертної допомоги повинна включати:

- планування критеріїв якості різних видів медико-експертних і реабілітаційних послуг через розробку індивідуальних, територіальних і галузевих моделей кінцевих результатів (МКР);
- виконання техніко-технологічних стандартів оптимального обсягу медико-експертної допомоги через створення і використання стандартів якості профілактичних, лікувально-діагностичних, експертних і реабілітаційних послуг;
- оцінку кінцевих результатів наданих населенню обсягів медичної реабілітаційної допомоги, через розрахунки й аналіз коефіцієнтів результативності у МКР різного рівня контролю;
- виявлення і аналіз дефектів гарантованої якості медичної реабілітаційної допомоги;

- розробку адекватного механізму економічної мотивації діяльності медичного персоналу щодо збільшення обсягу послуг оптимальної якості;

- організацію системи економічного моніторингу.

Розробка і впровадження стандартів медичних технологій і реабілітації хворих та осіб з інвалідністю в сучасних умовах дозволить підвищити якість послуг, що надаються, відповідальність медичних працівників та представників інших галузей народного господарства за стан здоров'я населення України, зокрема найбільш вразливої її частини – осіб з тяжкими інвалідизуючими захворюваннями і ураженнями організму, а також забезпечити дійовий контроль за діяльністю ЛПЗ, установ, що займаються відновним лікуванням та реабілітацією, МСЕК, суб'єктів господарювання тощо.

Розділ 7.

РЕФОРМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

На даний час в Україні проводиться реформа охорони здоров'я. Формально вона стартувала 1 січня 2017 року. Закон 2168 – VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» дав початок реформуванню.

Основна мета – це якісні послуги, загальнообов'язкове медичне страхування, проведення профілактики захворювань, зменшення тимчасової непрацездатності, зниження рівня смертності, лікарська відповідальність за призначення офіційних платних послуг, фінансова автономія лікарень, сімейні лікарі, три рівня медичної допомоги: (грумада, район/область, регіон/країна), сучасна система швидкої допомоги, прозора закупівля ліків, створення Центру громадського здоров'я та Національного центру контролю за захворюваннями тощо. За проведення реформи відповідальне Міністерство охорони здоров'я України.

3 січня 2018 року МОЗ розпочало впровадження змін охорони здоров'я, а саме нового механізму фінансування медичних закладів, що надають первинну медичну допомогу. Вже 30 березня 2018 року була створена *Національна служба здоров'я України* – центральний орган виконавчої влади, який реалізує основний принцип мед реформи «Гроші йдуть за пацієнтом» – оплачує вартість реально наданих медичних послуг. В 2019 році – усі комунальні медичні заклади країни перейдуть на оплату за послуги за контрактами з Нацслужбою здоров'я, сімейні лікарі, терапевти, педіатри – на електронний документообіг: електронна медична картка пацієнта, рецепти на «Доступні ліки», направлення до вузьких спеціалістів, лікарняні листи; з другої половини 2019 року – програма «Безкоштовна діагностика». На нову модель фінансування почнуть переходити поліклініки, які є закладами спеціалізованої амбулаторної допомоги.

Медична реабілітація є однією з основних стратегій охорони здоров'я України. Існує загальне уявлення серед міністерств, клінічних спеціалістів, представників ВООЗ та громадських організацій, що в системі реабілітації необхідна реформа, в тому числі покращення загального розуміння інвалідності, сучасної структури кадрів у сфері реабілітації з більш високим рівнем підготовки, та збільшення спроможності реабілітаційних послуг.

В Україні в комітеті Верховної Ради з охорони здоров'я вже більше року працюють над створенням законопроекту про реабілітаційну систему в Україні. 15 квітня 2016 року народний депутат Ірина Сисоєнко внесла на розгляд парламенту законопроект № 4458 «Про попередження інвалідності та систему реабілітації в Україні». За час роботи члени робочих груп, які напрацьовують нормативно-правові зміни, розділилися на дві команди. Одна вважає, що в Україні немає ефективної системи реабілітації і виступає за поступовий перехід від санаторно-курортної системи реабілітації до впровадження нової прозахідної моделі мультидисциплінарної команди (фізичний терапевт, ерготерапевт, лікар реабілітаційної медицини, психолог, соціолог, протезист). Інша вважає, що існуюча санаторно-курортна система реабілітації є ефективною і її можна лише удосконалювати. Світовий досвід свідчить про те, що в країнах Балтії діє дві системи – сучасна мультидисциплінарна модель і радянська санаторно-курортна. Перша фінансується з держбюджету, а друга – не підлягає державному страхуванню, але за нею можна користуватися за власний кошт [66, 78, 79, 125, 127].

Командою міжнародних незалежних експертів в грудні 2015 року проведена оцінка системи реабілітації в Україні, яка включає рекомендації для подальшого впровадження на національному рівні Глобального плану дій ВООЗ на 2014-2021 рр. [128]. Ці рекомендації наступні: 1) реабілітація повинна стосуватись не тільки осіб з інвалідністю, а й усіх осіб, які її потребують. Саме поняття та розуміння «інвалідності» не відповідає сучасному та міжнародно узгодженому розумінню обмежень життєдіяльності та функціонування; 2) законодавство та підзаконні акти щодо реабілітації в

Україні фрагментовані, недостатньою є координація між уповноваженими міністерствами та організаціями; 3) послуги реабілітації традиційно надаються в курортному середовищі. Немає цілісної системи реабілітаційних послуг, яка буде покривати всі фази та рівні надання допомоги, реабілітаційні послуги недоступні багатьом особам, які їх потребують; 4) кадрове забезпечення реабілітації не досягає світових та європейських стандартів. З одного боку це пов'язано з системою акредитації, яка повністю відрізняється, а з іншого боку з недостатніми кадровими можливостями.

Відповідальність за питання обмежень життєдіяльності та реабілітації поділена між двома міністерствами: Міністерством охорони здоров'я (що відповідає за «медичну» реабілітацію, пов'язану зі здоров'ям) та Міністерством соціальної політики (що відповідає за соціальну компенсацію та надання допоміжних засобів). Міністерство науки та освіти також задіяне, оскільки відповідає за акредитацію учбових планів (освітніх програм) для спеціалістів із реабілітації як у медичних, так і в немедичних навчальних закладах. Брак координації між реабілітаційними послугами, які пропонують різні міністерства, призводить до недостатніх результатів (наприклад, у забезпеченні допоміжними засобами).

Розуміння обмежень життєдіяльності та реабілітації в Україні базується на філософії та визначеннях, що не сумісні з міжнародним розумінням обмеження життєдіяльності як взаємодії особи з певним станом здоров'я та її середовища. Це призводить до недостатнього збору даних по обмеженнях життєдіяльності та плануванню реабілітаційних послуг та не зовсім коректної індивідуальної оцінки обмеження життєдіяльності та постановки цілей, необхідних для того, щоб змінювати результати реабілітації.

Професіонали в галузі реабілітації навчаються не у відповідності до міжнародних стандартів. Кількість спеціалістів у сфері реабілітації теж недостатня (наприклад, низька кількість та закороткий період підготовки

лікарів у галузі фізичної та реабілітаційної медицини, немає єдиної концепції фізичної терапії, відсутня ерготерапія).

Існують кілька реабілітаційних послуг, проте немає систематичного плану реабілітаційних послуг в закладах надання допомоги на гострому, підгострому та довготривалому етапах. Це призводить до значної нестачі реабілітаційних послуг, а також до зайняття ліжко-місць та неефективного використання ресурсів у лікарнях (для лікування гострих станів). Надання допоміжних засобів відділене від пов'язаних зі здоров'ям реабілітаційних послуг і призводить до недостатніх результатів та марнування ресурсів.

Окремою складністю є потреба в *реабілітації постраждалих внаслідок збройного конфлікту* на сході України. З одного боку, є висока кількість поранених солдат, які в багатьох випадках також мають серйозну психічну травму (так званий посттравматичний стресовий розлад). Збройний конфлікт також призвів до появи поранених та травмованих цивільних осіб, що потребують реабілітаційної допомоги.

Міжнародна комісія пропонує (2015 р.) наступні дії, які мають бути вжиті для покращення здоров'я, функціонування та якості життя всіх осіб з обмеженнями життєдіяльності в Україні:

1. Оскільки реабілітація є однією з основних стратегій охорони здоров'я, але водночас вимагає послуг з різних секторів системи, запровадження тісної координації у Міністерстві охорони здоров'я (оптимально – має бути сконцентрована в одному департаменті);

2. Оскільки реабілітація також зачіпає інші сфери життя, такі як соціальна підтримка освіта, правосуддя і т.д., тісна координація між міністерствами є необхідною (оптимально – у формі міжвідомчої координаційної комісії на високому рівні відповідальності);

3. Для середньострокового планування реабілітаційних послуг необхідна актуальна база даних щодо епідеміології інвалідності (в тому числі по хронічних та психічних розладах) та потреб у реабілітації. Вона має

використовувати міжнародні інструменти (на основі міжнародної класифікації функціонування);

4. Реабілітаційні послуги, пов'язані зі здоров'ям, мають бути запроваджені на всіх рівнях охорони здоров'я (первинному, вторинному, третинному) та для всіх етапів надання допомоги (гостра, підгостра, довготривала). Сектор первинної медичної допомоги має зайняти більш вагоме місце у довготерміновій реабілітації та стати вхідною точкою для спеціалізованих реабілітаційних послуг;

5. Щоб забезпечити висококваліфікований кадровий ресурс, необхідно запровадити міжнародні визначення та навчальні програми по реабілітаційних спеціальностях та нову систему освіти;

6. У світлі збройного конфлікту на сході України особливі потреби осіб з обмеженнями життєдіяльності, що живуть у тому регіоні, а також розширення реабілітаційних послуг для потерпілих – слід врахувати і запровадити.

Міжнародними фахівцями пропонується наступна система медичної реабілітації:

Етап надання допомоги	Тип реабілітаційної послуги	Існуючі послуги – відправна точка	Принципи переходу
Гостра допомога	A.1: Палати гострої реабілітації	Відділення відновного лікування	Ці відділення можуть використовуватися як основа для впровадження палат гострої реабілітації. Слід розширити їх та посилити мультидисциплінарними реабілітаційними командами під керівництвом лікаря ФРМ. У лікарнях, де таких відділень не існують, їх слід створити (для цього можна використати ті ліжко-місця з інших

			<i>відділень, які займають реабілітаційні пацієнти)</i>
	A.2: Мобільні групи гострі реабілітації	Реабілітаційні підрозділи (<i>персонал</i>) у загальних лікарнях	Спеціалісти з реабілітації, що працюють у загальних лікарнях (гостра р.) можуть стати кістяком цих послуг. Вони мають пройти підготовку відповідно до міжнародних стандартів, а по професіях, які ще не існують, слід навчити й інтегрувати. Ці професіонали мають працювати в мультидисциплінарних командах під керівництвом лікаря ФРМ (в ідеалі ці послуги мають поєднуватися з палатами гострої реабілітації (A.1)).
Підгостра допомога	B.1: Стаціонарне відділення під гострої реабілітації	Лікарні відновного лікування та відділення відновного лікування в інших лікарнях, шпиталях для ветеранів війни. Фізіотерапевтичні та подібні лікарні та санаторії також можуть бути основою для заснування реабілітаційних закладів підгострого етапу	Існуючі відділення відновного лікування можна перетворити на стаціонарні реабілітаційні відділення. Тут також необхідні мультидисциплінарні команди, зокрема всі відповідні спеціалісти з реабілітації. Ці групи мають очолюватися лікарем ФРМ. Для фізіотерапевтичних та подібних лікарень та санаторіїв слід застосовувати ті самі стандарти.
	B.2: Амбулаторне відділення під гострої реабілітації	Амбулаторні відділення колишніх лікарень відновного лікування (в майбутньому заклади надання підгострої	Та сама група (<i>частина групи, що використовує принцип ротації або чергування</i>) зі стаціонарного реабілітаційного закладу, надає послуги в амбулаторному режимі.

		допомоги)	Існуючі амбулаторні реабілітаційні послуги недостатні для цілісності під гострої реабілітаційної допомоги. Їх слід розширити, оснастивши мультидисциплінарними командами усіх необхідних реабілітаційних спеціальностей. Також ці групи мають діяти під керівництвом лікаря фізичної та реабілітаційної медицини.
	В.3: Монопрофільні заклади надання допомоги на підгострому етапі	Амбулаторна реабілітація у т.з. поліклініках	Тут необхідна переорієнтація терапевтів (фізичних, ерго-), однак надання допомоги доцільне у поліклініках (центрах первинної медичної допомоги)
Довготривала допомога	С.1: Послуги періодичної стаціонарної реабілітації	Санаторії, лікарні для ветеранів війни	Санаторії та лікарні для ветеранів війни можуть бути гарною основою для надання періодичних стаціонарних послуг реабілітації для пацієнтів з хронічними станами, що обмежують життєздатність. Проте вони мають спрямовуватися на інклюзію (залучення до працевлаштування) пацієнтів, а тому мати більше активних лікувальних заходів та ширший спектр спеціалістів із реабілітації (<i>в тому числі психотерапевтів, соціальних працівників, ерготерапевтів</i>)
	С.2:	Амбулаторна реабілітація у т.з.	З адаптацією професій до міжнародних стандартів

	Реабілітаційні центри первинної допомоги	поліклініках	
	С.3: Однопрофільні довготривалі послуги	Амбулаторна реабілітація у т.з. поліклініках	З адаптацією професій до міжнародних стандартів
	С.4: Реабілітаційні послуги на рівні громади	Первинний медпрацівник у громаді (<i>що надає базові послуги, зокрема направлення до спеціалізованих послуг</i>)	Первинні медичні послуги можуть надаватися лікарями та терапевтами, що працюють на місцях (особливо в сільській місцевості) та координуватися медико-соціальними експертними комісіями (МСЕК)

Кадри, які повинні бути задіяні у сфері реабілітації: лікарі, «терапевти» (фізичні терапевти, ерготерапевт, логотерапевти), помічники терапевтів (сестри з ЛФК, спеціалісти з фізичної реабілітації), медсестри (реабілітаційна сестра), інші професії (протезист-ортезист, реабілітаційні психологи, лікарі медичної психології), реабілітаційний працівник первинної ланки ОЗ (сестри), соц. працівники.

Згідно рекомендації місії ВООЗ МОЗ України внесло відповідні зміни до наказу від 28 жовтня 2002 року № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад, посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою, посад професіоналів у галузі охорони здоров'я та посад, фахівців у галузі охорони здоров'я у закладах охорони здоров'я» (Наказ МОЗ № 668 від 25.03.2019). Це дозволить сформувати мультидисциплінарні реабілітаційні команди та продовжити впровадження в Україні доказової реабілітації. Медична реабілітація входить до програми медичних гарантій згідно з Законом України про «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Робота нових

фахівців буде спрямована передусім на роботу з усунення обмеження діяльності внаслідок захворювання чи травми. Вони за допомогою комплексу фізичних вправ та інших доказових методів забезпечать активну фізичну реабілітацію задля поліпшення діяльності опорно-рухового апарату та організму в цілому, рівноваги, координації, збільшення сили, витривалості м'язів і вдосконалення вправності рухів, відновлення або компенсації порушених чи відсутніх функцій.

Наказом № 668 від 25.03.2019 року вводяться посади професіоналів у галузі охорони здоров'я: фізичний терапевт, ерготерапевт та посади фахівців у галузі охорони здоров'я: асистент фізичного терапевта, асистент ерготерапевт; у розділі «Лікарі-спеціалісти» – лікар фізичної та реабілітаційної медицини, який повинен очолювати реабілітаційний процес.

Згідно сучасних уявлень, реабілітаційний процес починається з моменту лікування, але має різні цілі і завдання. Пацієнт є центром і визначає цілі реабілітаційного процесу. «Закон про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» має поширюватися на все населення України. З пацієнтом працює не установа, а мультидисциплінарна команда, в яку входять фахівці і несуть відповідальність за досягнення поставлених цілей. Кожна мультидисциплінарна команда націлена на якомога кращий результат. Так, автоматично буде здійснюватись попередження інвалідності [132, 133].

Таким чином, реформування охорони здоров'я та медичної реабілітації хворих та осіб з інвалідністю відкривають нові можливості з розвитку та удосконалення процесу та системи реабілітації в державі, дає поштовх підвищенню дієвості кінцевих результатів, які спрямовані на суттєве покращення здоров'я населення України на підставі міжнародного досвіду та власних здобутків.

ЛІТЕРАТУРА

1. Проблеми здоров'я і медичної допомоги та модель покращення в сучасних умовах : Посібник / за ред. В. М. Коваленка – академіка НАМН України, професора, д.м.н., засл. діяча науки і техніки України, В. М. Корнацького. – д.м.н., професора, засл. лікаря України. – Київ: «Гордон», 2016. – 261 с.
2. Мороз Д. М. Обґрунтування моделі оптимізації кардіологічної допомоги в сучасних умовах» : Дис. ... канд. мед. наук. – Київ, 2016. – 202 с.
3. Лібанова Е. М. Цілі розвитку тисячоліття. Україна – 2014 : Щорічна моніторингова доповідь / Е. М. Лібанова // Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М. В. Птухи НАН України. – К, 2015. – 48 с.
4. Макарова О. В. Соціальна політика в Україні : Монографія / О. В. Макарова // Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М. В. Птухи НАН України. – К.: Вид. «Сочинський», м. Умань, 2015. – 242 с.
5. Населення України: Імперативи демографічного старіння : Монографія / Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М. В. Птухи НАН України / Фонд ООН в галузі народонаселення. – К.: ВД «АДЕФ-Україна», 2014. – 288 с.
6. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2018 рік : аналітико-інформаційний довідник / А. В. Іпатов, О. М. Мороз, Н. О. Гондуленко [та ін.]; за ред. в.о. начальника відділу експертизи тимчасової соціальної допомоги населенню медичного департаменту МОЗ України Р. Я. Перепеличної. – Дніпро : Акцент ПП, 2019. – 180 с.
7. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2016 році : Статистичний збірник. – Київ, 2017. – 108 с.
8. Реабілітація інвалідів : Монографія / В. І. Шевчук, О. Б. Яворовенко, Н. М. Беляєва, С. В. Шевчук. – Вінниця : ФОП Данилюк В. Г., 2012. – 216 с.
9. Освоение новых методологических подходов к медико-социальной экспертизе и реабилитации больных и инвалидов / Э. И. Аухадеев, Х. В. Иксанов, Р. В. Тагиев, Э. Р. Идиатулина // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2006. – С. 13-19.
10. Международная классификация функционирования, ограниченный жизнедеятельности и здоровья в практике медико-социальной экспертизы при внутренних болезнях / М. В. Коробов, В. Н. Катюхин., З. Д. Шварцман, В. Г. Помников // Терапевтический архив. – 2013. – №4. – С. 43-46.
11. Медицинская классификация функционирования, ограниченный жизнедеятельности и здоровья. – Женева : ВОЗ, 2001. – С. 342.
12. Scobbie L. Goal setting and action planning in the rehabilitation setting: development of a theoretically informed practice framework / L. Scobbie, D. Dixon, S. Wyke // Clin Rehabil. – 2011. – Vol. 25 (5). – P. 468-482.
13. Дроздова С. А. Международная классификация функционирования в реабилитации инвалидов / С. А. Дроздова // Академ. журнал Западной Сибири 2015. – Том 11, №4 (59). – С. 89-92.
14. Сергеева В. В. Практическое применение международной классификации функционирования, ограниченный жизнедеятельности и здоровья у больных с

- сердечно-сосудистой патологией / В. В. Сергеева, О. Н. Владимирова, А. К. Нургазизова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2014. – №3. – С. 11-16.
15. Буйлова Т. В. Медицинская классификация функционирования как ключ пониманию философии реабилитации / Т. В. Буйлова // МедиАль. – 2013. – № 2. – С. 26-31.
 16. Аухадеев Э. И. Современные методологические подходы к медико-социальной экспертизе и реабилитации больных и инвалидов / Э. И. Аухадеев, Х. В. Иксанов // Восстановительная лечение и реабилитация лиц, пострадавших в чрезвычайных ситуациях. – Казань, 2007. – С. 37-47.
 17. Белова А. Н. Амбулаторная реабилитация неврологических больных / А. Н. Белова, В. Н. Григорьева– М.: Антидор, 1997. – 216 с.
 18. Вальчук Э. А. Концепция медицинской реабилитации в учреждениях здравоохранения Республики Беларусь / Э. А. Вальчук // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 1995. – № 1. – С. 23-26.
 19. Декларація ООН про права інвалідів (резолюція 3447 Генеральної Асамблеї ООН від 09.12.75).
 20. Закон України «Про внесення змін до деяких законів України щодо оподаткування реабілітаційних установ для інвалідів та дітей-інвалідів» (від 7 липня 2005 р.).
 21. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» № 875-12 від 21 березня 1991 р. // Відомості Верховної Ради (ВВР). – 1991. – № 21. – Ст. 252).
 22. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» № 2961 від 06.10.2005 // Урядовий кур'єр («Орієнтир»). – 2005, 2 листопада. – № 213.
 23. Комплексная реабилитация инвалидов / Т. В. Зозуля, Е. Г. Свистунова, В. В. Чешихина [и др.]. – М., 2005. – 304 с.
 24. Концептуальні підходи до формування багатофункціональної структурно-організаційної системи реабілітації інвалідів в Україні / А. В. Іпатов, О. В. Сергієні, Л. Ю. Науменко, Т. Г. Войтчак // Сучасні аспекти медико-соціальної експертизи, реабілітації хворих та післядипломної підготовки лікарів : Тези науково-практичної конференції, присвяченої 25-річчю кафедри медико-соціальної експертизи ФПО Дніпропетровської державної медичної академії. – Дніпропетровськ, 2004. – С. 23-33.
 25. Коробов М. В. Актуальные вопросы становления и развития реабилитологии / М. В. Коробов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов: Сборник научных трудов. – Санкт-Петербург, 2001. – Вып. 7. – С. 9-21.
 26. Маккавейский П. А. Концептуальные вопросы реабилитации больных и инвалидов / П. А. Маккавейский, В. П. Шестаков, К. А. Каменков // Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов : Сборник научных трудов. – Санкт-Петербург, 2001. – Вып. 7. – С. 21-24.
 27. Маруніч В. В. Особливості організації реабілітації інвалідів в Україні / В. В. Маруніч, В. І. Шевчук // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, присвяченої 30-річчю Українського державного НДІ реабілітації інвалідів МОЗ України «Актуальні питання медико-соціальної експертизи та

- реабілітації інвалідів», 16-17 вересня 2004 р. – Вінниця, 2004. – С. 13-25.
28. Маруніч В. В. Про задачі, принципи і напрямки діяльності регіональних реабілітаційних центрів / В. В. Маруніч, В. І. Шевчук // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, присвяченої 30-річчю Українського державного НДІ реабілітації інвалідів МОЗ України «Актуальні питання медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів», 16-17 вересня 2004 р. – Вінниця, 2004. – С. 13-25.
 29. Медицинская реабилитация: Руководство для врачей / Под ред. В. А. Епифанова. – М, 2008. – 328 с.
 30. Організація та управління системою медичної реабілітації інвалідів: Методичні рекомендації. – Автор: Сергієні О. В. – Дніпропетровськ, 1997.
 31. Сергієні О. В. Сучасні проблеми реабілітації інвалідів / О. В. Сергієні. – Дніпропетровськ : Поліграфіст, 1998. – 138 с.
 32. Смычек В. Б. Медико-социальная экспертиза и реабилитация / В. Б. Смычек, Г. Я. Хулуп, В. К. Милькаманович. – Минск: ЮНИПАК, 2005. – 420 с.
 33. Смычек В. Б. Основы реабилитации: Курс лекций / В. Б. Смычек. – Минск, 2000. – 132 с.
 34. Смычек В. Б. Современная международная концепция последствий болезни и «составляющих здоровья» / В. Б. Смычек. – Минск, 2008. – 74 с.
 35. Маруніч В. В. Медико-соціальні проблеми інвалідності внаслідок хвороб системи кровообігу в Україні наприкінці ХХ – початку ХХІ століття / В. В. Маруніч, А. В. Іпатов, О. В. Сергієні // Сучасні проблеми медико-соціальної експертизи і реабілітації хворих та інвалідів внаслідок серцево-судинних захворювань : Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю Українського державного НДІ медико-соціальних проблем інвалідності / За ред. В. Ф. Москаленка та Ю. В. Поляченка. – Дніпропетровськ : Пороги, 2002. – С. 3-14.
 36. Disler P. B. Rehabilitation medicine / P. B. Disler, I. Cameron, S. F. Wilson // Med. J. Aus. – 2002. – Vol. 177. – № 7. – P. 385-386.
 37. Stucki G. Value and application of the ICF in rehabilitation medicine / G. Stucki, T. Ewert, A. Cieza // Disabilit. Rehabil. – 2002. – Vol. № 17. – P. 932-938.
 38. Особливості медико-соціальної реабілітації інвалідів з патологією внутрішніх органів : Методичні рекомендації / Н. М. Беляєва, О. Б. Яворовенко, І. В. Куриленко, В. В. Бойко. – Вінниця, 2013. – 62 с.
 39. Індекс здоров'я. Україна – 2018 : Результати загальнонаціонального дослідження / Укл.: Степурко Т. Г. та ін. – Київ, 2018. – 172 с.
 40. Конвенція про права осіб з інвалідністю. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: // https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71 .
 41. Резолюція 48/96 Генеральної Асамблеї ООН від 20 грудня 1993 року «Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів». – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: // https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_306 .
 42. Державна цільова програма «Національний план дій з реалізації Конвенції про права інвалідів» на період до 2020 року». – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: // <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/706-2012-%D0%BF#n13> .

43. Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні». – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: // <https://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2961-15>.
44. Закон України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні». – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: // <https://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/875-12>.
45. Закон України «Про соціальні послуги». – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: // <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19>.
46. Вороненко Ю. В. Методичні підходи до впровадження стандартизації організаційних технологій у систему управління якістю медичної допомоги / Ю. В. Вороненко, В. В. Горачук // Укр. мед. часопис. – 2012. – 5 (91), IX/X. – С. 108-110.
47. Основні показники медико-соціальної реабілітації інвалідів в Україні за 2015 рік: Аналітико-інформаційний довідник / В. І. Шевчук, Н. М. Беляєва, Л. О. Сторожук, О. Б. Яворовенко. – Вінниця: ФОП Рогальська І.О., 2016. – 76 с.
48. Основні показники медико-соціальної реабілітації інвалідів в Україні за 2016 рік: Аналітико-інформаційний довідник / В. І. Шевчук, Н. М. Беляєва, Л. О. Сторожук, О. Б. Яворовенко. – Вінниця: ФОП Рогальська І.О., 2017. – 108 с.
49. Основні показники медико-соціальної реабілітації інвалідів в Україні за 2017 рік: Аналітико-інформаційний довідник / В. І. Шевчук, Н. М. Беляєва, Л. О. Сторожук [та ін.]. – Вінниця: ФОП Рогальська І.О., 2018. – 122 с.
50. Форма звітності № 14 «Звіт про причини інвалідності, показання до медичної, професійної і соціальної реабілітації за 20__ рік» (річна): Наказ МОЗ України від 10.07.2007 року № 378». – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: // <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1009-07> .
51. Оновлена інформація про вжиті заходи, спрямовані на здійснення Україною зобов'язань в рамках Конвенції про права інвалідів (2015 рік). – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: // <http://mlsp.kmu.gov.ua/document/179978/d.doc>.
52. Реабілітація осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю (статистичний збірник) за 2017 рік / Відділ реабілітаційних послуг та зайнятості осіб з інвалідністю Департаменту соціального захисту осіб з інвалідністю. – 162 с. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.msp.gov.ua/files/inv/zb2017.doc> .
53. Роз'яснення щодо лікування застрахованих осіб в реабілітаційних відділеннях санаторно-курортних закладів після перенесених захворювань і травм. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: // <http://www.fssu.gov.ua/fse/control/main/uk/publish/article/955031;jsessionid=F04177D229E58BE1162800E903D0AFC7> . – 27.10.2017.
54. Перелік санаторно-курортних закладів у розрізі профілів медичної реабілітації для відшкодування витрат за надані застрахованим особам послуги із реабілітаційного лікування. – [Ел. ресурс]. – Режим доступу: // <http://www.fssu.gov.ua/fse/control/main/uk/publish/article/952253> .
55. Карташов Л. М. Проблемы использования персональных ЭВМ в военной поликлинике / Л. М. Карташов, В. В. Романовский // Военно-мед. журн. – 2000.

– Т. 321, №12, с. 4-9.

56. Шевчук В. І. Організаційні аспекти медичної реабілітації в кардіології та ревматології: Наукове видання / В. І. Шевчук, Н. М. Беляєва, О. Б. Яворовенко. – Вінниця, 2009. – 170 с.
57. Дубинин С. А. Формирование системы медико-социальной реабилитации на основе доказанных медицинских технологий (на примере Московской области): Дис. ... д.м.н. – Москва, 2003. – 301 с.
58. Данилов Ю. А. Амбулаторно-поликлинический этап реабилитации больных ишемической болезнью сердца, перенесших реконструктивные операции на коронарных сосудах: Автореф. ... д.м.н. – М, 2002. – 46 с.
59. Дубинин С. А. Анализ системы управления качеством медико-социальной реабилитации на территориальном уровне / С. А. Дубинин // Проблемы управления здравоохранением. – М, 2002. – № 3 (4). – С. 17 - 21.
60. Клячкин Л. М. Медицинская реабилитация как восстановительная терапия / Л. М. Клячкин, А. М. Щегольков // Проблемы реабилитации. – 2001. – №1. – С. 12-15.
61. Об организационной структуре центров медицинской реабилитации / В. Н. Иванов, Ю. С. Голов, А. М. Щегольков [и др.] // Военно-мед. журн. – 1997. – Т. 318, №10. – С. 16-19.
62. Оптимизация восстановительного лечения больных коронарной болезнью сердца с нарушением ритма преформированными физическими факторами и физическими тренировками / А. Н. Разумов, С. В. Клеменков, Н. Ф. Чашин, Е. Ф. Левицкий. – Красноярск-Москва-Томск : ГУПП «Сибирь», 2001. – 239 с.
63. Солодкий В. А. К вопросу о нормативах минимальной бюджетной обеспеченности здравоохранения / В. А. Солодкий, Д. Р. Шиляев, К. Ю. Лакунин // Вестник обязательного медицинского страхования. – 2000. – №3. – С. 10-14.
64. Шевченко Ю. Л. Проблемы реабилитации / Ю. Л. Шевченко // Проблемы реабилитации. – 2000. – №2. – С. 5-10.
65. Юмашев Г. С. Основы реабилитации / Г. С. Юмашев, К. Ренкер. – М.: Медицина, 1973. – 111 с.
66. Голик В. А. Реабілітація: повне перезавантаження чи зміна декорацій? / В. А. Голик // Ваше здоров'я. – 12.01.2018. – С. 6-8.
67. Модокина С. Л. Медична реабілітація і санаторно-курортне лікування / С. Л. Модокина // Теорія і практика сервісу: економіка, соціальна сфера, технології. – 2015. – №4 (26). – С. 65-68.
68. Санаторно-курортне лікування військовослужбовців Військово-Морських Сил ЗС України та їх сімей. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://navy.mil.gov.ua/sanatorno-kurortne-likuvannya-vijskovosluzhbovtziv/>
69. Медичні реабілітаційні центри (МРЦ) МВС України. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: // <http://health.mvs.gov.ua/>
70. Оздоровлення, реабілітаційне та санаторно-курортне лікування СБУ України. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: // <https://ssu.gov.ua/ua/pages/233>
71. Куди звертатися ветеранам АТО/ООС для реабілітації. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: // <http://moz.gov.ua/article/health/kudi-zvertatisja-veteranam->

[atoos-dlja-reabilitacii](#)

72. Інформація щодо санаторно-курортних закладів, які забезпечують учасників антитерористичної операції, осіб з інвалідністю та громадян, постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи послугами з санаторно-курортного лікування. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: // <https://www.msp.gov.ua/content/sanatornokurortne-likuvannyat-invalidiv.html>
Санаторій ДСНС України <http://www.odesskiy-sanatoriy.com.ua/uk/>
73. Корпоративні заклади, що забезпечують санаторно-курортне оздоровлення та відпочинок працівників АТ «Укрзалізниця» . – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: // <http://sustainability.uz.gov.ua/заклади-пат-укрзалізниця-що-забезп/>
74. Санаторії МОЗ України: залишити у держави, але реформувати та надати автономію. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: // <http://moz.gov.ua/article/news/sanatorii-moz-ukraini-zalishiti-u-derzhavi-ale-reformuvati-ta-nadati-avtonomiju>
75. Перелік дитячих санаторіїв МОЗ України. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: // http://www.rouoz.gov.ua/health/sanatorium_child/list/
76. Перелік санаторно-курортних закладів у розрізі профілів медичної реабілітації для відшкодування витрат за надані застрахованим особам послуги із реабілітаційного лікування. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: // <http://www.fssu.gov.ua/fse/control/main/uk/publish/article/952253>
77. Інформаційний перелік санаторно-курортних закладів у розрізі регіонів, місцерозташування та профілів санаторно-курортного лікування, за якими надаються санаторно-курортні послуги потерпілим (особам з інвалідністю) внаслідок нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: // <http://www.fssu.gov.ua/fse/control/main/uk/publish/article/962596>
78. Системі реабілітації в Україні бути! – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: // <http://health-ua.com/article/19426-sistem-reablatac-vukran-buti>. – 13.04.2016.
79. Системі реабілітації в Україні бути! – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.pravda.com.ua/columns/2016/03/18/7102574/> – 18.03.2016.
80. Бабов К. Д. Организационно-методические аспекты совершенствования санаторно-курортного лечения и реабилитации / К. Д. Бабов, В. А. Поберская // Вестн. физиотерапии и курортологии. – 2007. – Спец. вып. – С. 76.
81. Медицинская реабилитация: пособие / Т. А. Золотарева, К. Д. Бабов, Б. А. Насибуллин, В. И. Козьякин, А. М. Торохтин, О. Г. Юшковская. – К.: КИМ, 2012. – 495 с.
82. Голяченко А. О. Наукове обґрунтування оптимізації системи медичної реабілітації в умовах реформування охорони здоров'я в Україні : Дис. ... д.м.н.: 14.02.03 – 2008.
83. Смычек В. Б. Реабилитация больных и инвалидов / В. Б. Смычек. – Издательство: Медицинская литература, 2009. – 542 с.
84. Афанасьев В. Г. Человек в управлении обществом / В. Г. Афанасьев. – М.: Прогресс, 1977. – С. 58-59.
85. Афанасьев В. Г. Общество: системность, познание и управление /

- В. Г. Афанасьев. – М., 1981. – 316 с.
86. Бурлака Г. Ю. Социальная работа в России: проблемы формирования профессиональной культуры : Дис.... канд. фил. наук. – М.: Российский институт культурологии РАН, 1994. – С. 33.
 87. Каппеллин Р. Региональная политика в местном и региональном измерении / Р. Каппеллин // Регион: экономика и социология. – 1995. – № 4. – С. 183-184.
 88. Косякова Н. И. Научное обоснование комплексной медико-социальной реабилитации населения на территориальном уровне (организационно-экспериментальное исследование) : Дис. ... д.м.н. – М., 1998. – 292 с.
 89. Меерсон Ф. З. Адаптация к стрессорным ситуациям и физическим нагрузкам / Ф. З. Меерсон, М. Г. Пшенникова. – М.: Медицина, 1988. – 256 с.
 90. Понукалин А. А. Социологическое обоснование образовательных программ руководителя социопсихологической службы // Дис. ... канд. наук. – Саратов: Саратовский государственный университет, 1994. – С. 63-64.
 91. Решетников А. В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство / А. В. Решетников. – М.: Медицина, 2002. – 976 с.
 92. Солодкий В. А. К вопросу о нормативах минимальной бюджетной обеспеченности здравоохранения / В. А. Солодкий, Д. Р. Шилев, К. Ю. Лакунин // Вестник обязательного медицинского страхования. – 2000. – №3. – С. 10-14.
 93. Тихомиров Ю. А. Механизм управления в развитом обществе / Ю. А. Тихомиров. – М.: Наука, 1978. – С. 45.
 94. Тихомиров Ю. А. Управление делами общества / Ю. А. Тихомиров. – М.: Логос, 1994. – С. 8-10.
 95. Хакимов Р. С. Сущность и социальная роль управленческих отношений / Р. С. Хакимов. – Казань, ТГИ, 1985. – С. 180.
 96. Гуров А. Н. Анализ системы управления качеством медико-социальной реабилитации на территориальном уровне и проблемы управления здравоохранением / А. Н. Гуров, С. А. Дубинин. – 2002. – № 3. – С. 17-21.
 97. Методика определения потребности взрослого населения в медицинской реабилитации: Пособие / Н. М. Сон, М. Н. Бантьева, Н. С. Прилипко, Е. Л. Поважная. – Москва, 2014. – 18 с.
 98. Шарабчиев Ю. Т. Доступность и качество медицинской помощи: слагаемые успеха / Ю. Т. Шарабчиев, Т. В. Дубина // Клиническая практика и здоровье. – 2013. – № 4. – С. 16-34.
 99. Пивень Д. В. Порядок экспертизы качества медицинской помощи / Д. В. Пивень, И. С. Кицул, И. В. Иванов // Менеджер здравоохранения. – 2016. – №6. – С. 16-26.
 100. Орлов А. Е. Современные проблемы качества медицинской помощи (обзор литературы) / А. Е. Орлов // Вестник новых медицинских технологий. Электронный журнал. – 2015. – №1.
 101. Ярош Н. П. Управление качеством медицинской помощи в Украине / Н. П. Ярош, С. Н. Лупей-Ткач // Восточно-европейский журнал общественного здоровья. – 2011. – №1 (13). – С. 275-277.
 102. Науково обґрунтовані рекомендації по обстеженню та відновному лікуванню

- хворих і інвалідів у практиці медико-соціальної експертизи / Упорядники: Іпатов А. В., Сергієні О. В. – Дніпропетровськ: Пороги, 2006. – 293 с.
103. Бабов К. Д. Доказательная медицинская реабилитация / К. Д. Бабов, Т. А. Золотарева // Мед. реабілітація, курортологія і фізіотерапія. – 2012. – № 4. – С. 60-67.
104. Власов В. В. Рационалирование и стандарты помощи / В. В. Власов // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2001. – № 1 – С. 9-18.
105. Шарабчиев Ю. Т. Общественное здоровье: роль социально-экономических факторов, финансирования здравоохранения, благосостояния / Ю. Т. Шарабчиев // Мед. новости. – 2004. – № 8. – С. 58-67.
106. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care / A. Donabedian // MMFQ. – 1966. – Vol. 44. – P. 166-206.
107. Wells J. S. Health care rationing: nursing perspectives / J. S. Wells // J. adv. Nurs. – 1995. – Vol. 22. – P. 738-744.
108. Лехан В. Методичні підходи до розробки медичних стандартів / В. Лехан, А. Гук. – К., 2000. – 28 с.
109. Кремлева Н. И. Стандарты в здравоохранении / Н. И. Кремлева // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2001. – №1. – С. 100.
110. Система стандартизации в здравоохранении : Основные положения. – Отраслевой стандарт. – Москва, 2001.
111. Розробка державних уніфікованих стандартів медичних технологій стаціонарної допомоги : Методичні рекомендації / В. М. Пономаренко, А. М. Нагорна, А. В. Степаненко, Н. О. Корнута. – Київ, 1997. – 13 с.
112. Пономаренко В. М. Створення державної системи стандартизації в охороні здоров'я – актуальне завдання сьогодення / В. М. Пономаренко, Т. С. Грузева, А. Б. Зіменковський // Вісник соціальної гігієни та охорони здоров'я України. – 2002. – №3. – С. 4-10.
113. Тимчасові стандарти діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги: В 2 т. – К.: Український інститут громадського здоров'я, 1999.
114. Пономаренко В. М. Актуальність проблеми якості медичної допомоги на сучасному етапі реформування охорони здоров'я України / В. М. Пономаренко, А. Б. Зіменковський // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2004. – №4. – С. 48-52.
115. Преображенская В. С. Стандарты медицинской помощи в современном здравоохранении / В. С. Преображенская, Н. В. Данилова, Т. Н. Генпатулина // Проблемы соц.гигиены и история медицины. – 1997. – №2. – С. 18-20.
116. Кочубей А. В. Проблемы стандартизации здравоохранения // Пробл. соц. гигиены, орг. здравоохр. и история медицины. – 2003. – №3. – С. 19-22.
117. Лехан В. М. Система охорони здоров'я в Україні: підсумки, проблеми, перспективи / В. М. Лехан. – К.: Сфера, 2002. – 27 с.
118. Пономаренко Г. Н. Основы доказательной физиотерапии. – К., 2005. – С. 12.
119. Воженин А. А. Актуальность разработки и внедрения протоколов ведения больных / А. А. Воженин, В. В. Дурявин, М. А. Кислицина // Проблемы стандартизации здравоохранения. – 2001. – №2. – С. 86.
120. Проблемы стандартизации в медико-социальной экспертизе и реабилитации /

- Свинцов А. А., Шестаков В. П., Лебедева Н. Н. и др. // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2002. – №2. – С. 85.
121. Классификация и временные критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы: Постановление Министерства труда и социального развития Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 января 1997 № 1/30.
 122. Методика проведення державної акредитації установ медико-соціальної експертизи / А. В. Іпатов, О. В. Сергієні, В. В. Маруніч [та ін.]. – Дніпропетровськ: Пороги, 2002. – 73 с.
 123. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» від 06.10.2005 р. №2961-4.
 124. Сергієні О. В. Наукове обґрунтування оптимізації організації медико-соціальної допомоги населенню України та управління нею: Автореф. дис. ... д.м.н. (14.02.03). – Київ, 1998. – 34 с.
 125. МОЗ продовжує впроваджувати підхід доказової реабілітації. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/ua/news/moz-prodovzhuye-vprovadzhuвати-pidhid-dokazovoyi-reabilitaciyi>
 126. Наказ МОЗ від 25.03.2019 р. № 668 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України» від 28 жовтня 2002 року № 385.
 127. Школа реабілітаційної медицини УКУ виступає за внесення альтернативного законопроекту про реабілітацію в Україні. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://ucu.edu.ua/news/shkola-reabilitatsijnoyi-medytsyny-uku-vystupaye-za-vnesennya-alternatyvnogo-zakonoproektu-pro-reabilitaciyu-v-ukrayini/>
 128. Оцінка системи реабілітації в Україні командою міжнародних незалежних експертів, 2015. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/ua/news/yak-zminyuyetsya-sistema-reabilitaciyi-v-ukrayini>
 129. Реформа охорони здоров'я. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya>; <http://moz.gov.ua/plan-reform>
 130. Реформа системи охорони здоров'я. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: // <http://reformsguide.org.ua/ua/reforms/healthcarereform/>. – 10/02/2017.
 131. Що змінилося за рік після прийняття закону про медичну реформу. 19/10/2018 р. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: // <http://moz.gov.ua/article/reform-plan/scho-zminilosja-za-rik-pislja-prijnjattja-zakonu-pro-medichnu-reformu-->
 132. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: // <http://moz.gov.ua/strategija>; <http://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf> (сам текст Стратегії в форматі PDF)
 133. Чому в Україні не працює система реабілітації людей з інвалідністю та як її змінити : Матеріал друкованого видання № 4 (584) від 24 січня 2019 р. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: // <https://tyzhden.ua/Society/225804>.

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

ФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ТА ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Монографія

Відповідальний редактор Яворовенко О. Б.

*Здано до складання 04.11.19 р.
Підписано до друку 11.11.19 р.
Формат 60x84/16 Папір офсетний.
Гарнітура Times New Roman. Друк офсетний.
Умовн. друк. арк. 11,97
Тираж 100 прим.
Замовлення № 238*

*Видавець ФОП Рогальська І. О.
м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 145
тел.: (0432) 43-51-39, 65-80-80
E-mail: dilo_vd@ukr.net
Свідоцтво ДК №3990 від 01.11.2010 р.*

*Виготовлювач ФОП Данилюк В. Г.
м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 145
тел.: (0432) 43-51-39, 65-80-80
E-mail: dilo_vd@ukr.net
Свідоцтво ВОЗ №635744 від 01.03.2010 р.*