

КЛАСИЧНИЙ ПРИВАТНИЙ УНІВЕРСИТЕТ



**БЕРЛІНЕЦЬ ІРИНА АНАТОЛІВНА**

УДК 351.074:614.02

**УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ  
НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ І ПОСЛУГ  
В УКРАЇНІ**

25.00.02 – механізми державного управління

**АВТОРЕФЕРАТ**

дисертації на здобуття наукового ступеня  
кандидата наук з державного управління

Запоріжжя – 2020

Дисертацією є рукопис.

Роботу виконано в Класичному приватному університеті, м. Запоріжжя.

**Науковий керівник –** доктор наук з державного управління, професор  
**ПОКАТАЄВ Павло Сергійович**,  
Класичний приватний університет, м. Запоріжжя,  
перший проректор.

**Офіційні опоненти:** доктор наук з державного управління, доцент  
**НАДЮК Зіновій Олександрович**,  
Технічний університет «Метінвест Політехніка»,  
м. Маріуполь,  
професор кафедри екології та економіки довкілля;

доктор наук з державного управління, доцент  
**ХОЖИЛО Ірина Іванівна**,  
Дніпропетровський регіональний інститут  
державного управління  
Національної академії державного управління  
при Президентові України, м. Дніпро,  
професор кафедри державного управління  
та місцевого самоврядування.

Захист відбудеться «29» січня 2021 р. о 9<sup>00</sup> годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 17.127.03 у Класичному приватному університеті за адресою: 69002, м. Запоріжжя, вул. Жуковського, 70б, ауд. 222.

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці Класичного приватного університету за адресою: 69002, м. Запоріжжя, вул. Жуковського, 70б, ауд. 114.

Автореферат розісланий «29» грудня 2020 р.

Вчений секретар  
спеціалізованої вченої ради



К. О. Набока

## ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Обґрунтування вибору теми дослідження.** Державне управління системою медичної реабілітації є складником державної політики у сфері охорони здоров'я. Здійснення процесу реформування національної системи охорони здоров'я ставить перед професійною спільнотою медичних працівників, науковців, державних службовців виклики, котрі донедавна важко було передбачити.

Важливу роль у розумінні потреби розвитку реабілітаційної медицини відіграє економічний чинник. Фінансові витрати держави (роботодавця, сім'ї) на здійснення реабілітаційних заходів є, за своєю суттю, прямими інвестиціями з високим рівнем рентабельності. Вони не лише прямо знижують витрати на утримання осіб із частковою чи повною непрацездатністю, а й дають змогу суттєво покращити рівень якості життя таких осіб. Залежно від важкості прояву соматичних уражень особи із захворюваннями, які раніше вважали такими, що інвалідизують людину, на сьогодні, використовуючи досягнення реабілітаційної медицини, можуть виконувати певну, навіть оплачувану, роботу. Розвиток сучасної медицини дає змогу більшому відсотку осіб із тимчасовою частковою непрацездатністю цілком відновити свій функціональний стан і виконувати свої функції в повному обсязі. Тобто держава, здійснюючи ефективні реабілітаційні заходи для своїх громадян (особливо працездатного віку), що їх потребують, прямо знижує свої соціальні витрати на них, а також опосередковано збільшує кількісно чисельність категорії платників податків. Економічними вигодами для держави щодо реабілітації людей похилого віку та пенсіонерів є те, що покращиться рівень якості їхнього життя й вони менше потребуватимуть стороннього догляду за собою, що знизить витрати держави (родини, власне особи) на забезпечення побуту зокрема й життєдіяльності загалом. Ще однією економічною перевагою своєчасного та ефективного надання реабілітаційної допомоги є те, що таким чином зменшується тривалість перебування пацієнтів у стаціонарних відділеннях закладів охорони здоров'я, підвищується показник кругообігу ліжка, а отже, є можливість оптимізації діяльності такого закладу й скорочення непродуктивних витрат із його бюджету.

Актуальність дослідження зумовлена зростанням ролі медичної реабілітації в житті людства. Такі чинники, як глобальне постаріння людства (більша кількість населення буде жити зі зниженою фізичною функціональністю); зростання питомої ваги осіб з хронічними захворюваннями; поява осіб з хворобами в стані ремісії чи реконвалесценції, які раніше були невиліковними, вказують на потребу переорієнтації національних систем охорони здоров'я на дедалі більші потреби суспільства в реабілітаційній медицині.

Загальні питання державного управління сферою охорони здоров'я були об'єктом наукових пошуків таких українських учених: Н. В. Авраменко, Я. П. Базилевича, В. Д. Бакуменка, М. М. Білинської, Р. В. Богатирьової, Ю. В. Вороненка, І. Д. Герича, З. С. Гладуна, Р. Ю. Грицька, Д. М. Джафарової, Є. Х. Заремби, В. В. Загороднього, Д. В. Карамішева, В. М. Князевича, Б. Б. Лемішка, В. М. Лехан, Л. Ф. Матюхи, В. Ф. Москаленка, З. О. Надюка,

Я. Ф. Радиша, В. В. Руденя, О. І. Сердюка, І. М. Солоненка, І. І. Хожило, О. І. Черниш, Н. П. Ярош та ін.

Однак, враховуючи складність та багатоаспектність проблеми, не применшуючи вагомості й значущості внеску вказаних учених, варто зауважити, що теоретичні й практичні аспекти державного регулювання надання медичної реабілітації в Україні розкрито недостатньо. Застосування та вдосконалення механізмів державного регулювання надання медичної реабілітації ще не було предметом окремого комплексного дослідження. У сучасних працях з державного управління системою охорони здоров'я не висвітлювалося питання функціонування механізмів державного управління у сфері реабілітаційної медицини. Актуальність цієї проблематики, особливо в умовах здійснення Операції об'єднаних сил, а також в умовах реформування національної системи охорони здоров'я потребує окремого наукового дослідження, що й зумовило вибір теми дисертації.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертацію виконано в межах наукових робіт Класичного приватного університету «Теоретико-методологічні та філософсько-історичні основи розвитку й перспективи реформування державного управління в Україні» (номер державної реєстрації 0113U000589), «Теорія і практика публічного управління й адміністрування в Україні та зарубіжних країнах» (номер державної реєстрації 0116U002645). Внесок здобувача полягає в здійсненні порівняльного аналізу механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я зарубіжних країн та України, розробленні Концепції розвитку системи медичної реабілітації в Україні.

**Мета й завдання дослідження.** *Метою дослідження є науково-теоретичне обґрунтування механізмів державного управління й розробка практичних рекомендацій щодо вдосконалення державного регулювання надання медичної реабілітаційної допомоги та послуг в Україні.*

Відповідно до цієї мети поставлено такі *завдання*:

- визначити сутність системи медико-реабілітаційної допомоги як об'єкта державного управління;
- уточнити понятійний апарат науки державного управління у сфері охорони здоров'я;
- узагальнити зарубіжний досвід організації системи медичної реабілітації та ролі держави в забезпеченні цього процесу;
- проаналізувати сучасний стан та особливості державного регулювання у сфері медичної реабілітації в Україні;
- дослідити стан забезпеченості кадровими ресурсами та їх професійної компетентності у сфері медичної реабілітації;
- виокремити основні проблеми сучасної системи державного регулювання медико-реабілітаційної допомоги в Україні;
- розробити Концепцію якості національної системи медичної реабілітації в Україні;
- обґрунтувати практичні рекомендації щодо вдосконалення механізмів державного регулювання системи медичної реабілітації та забезпечення її якості в Україні.

*Об'єкт дослідження* – процес державного регулювання надання медичної реабілітації в Україні.

*Предмет дослідження* – механізми державного регулювання надання медичної реабілітаційної допомоги й послуг в Україні.

**Методи дослідження.** У ході дослідження застосовано загальнонаукові й спеціальні методи та підходи, зокрема: *абстрактно-логічний* – для визначення сутності понять і категорій у процесі державного регулювання сфери охорони здоров'я; *діалектичний* – для вивчення явищ у процесі їх генезису, що відбувається під впливом різних взаємопов'язаних впливів дійсності; *системний підхід* – для вивчення методологічних засобів, процедур, прийомів, механізмів, спрямованих на вивчення складних соціальних процесів; *аналізу й синтезу* – для розробки Концепції розвитку медико-реабілітаційної допомоги населенню України; *медико-статистичний* – для характеристики системи охорони здоров'я України; *наукової абстракції, експертних оцінок та описового моделювання й узагальнення* – для формулювання висновків, рекомендацій і пропозицій щодо обґрунтування шляхів модернізації організаційно-правового механізму державного регулювання медичної реабілітації в умовах реформування системи охорони здоров'я України та визначення напрямів державної політики України в цій сфері.

*Інформаційною базою дослідження* є нормативно-правові акти органів державної влади України, Європейського Союзу, міжнародних організацій (ООН, ВООЗ тощо), наукові та науково-публіцистичні матеріали українських і зарубіжних фахівців з окресленої проблематики тощо.

**Наукова новизна одержаних результатів** полягає у проведенні комплексного дослідження, в якому теоретично обґрунтовано механізми й розроблено практичні рекомендації щодо державного регулювання системи медичної реабілітації в Україні, зокрема:

*вперше:*

– розроблено Концепцію якості національної системи медичної реабілітації в Україні на засадах державно-приватного партнерства з використанням механізмів державного управління, приватного сектору та професійних медичних асоціацій як регулятора у сфері охорони здоров'я й обґрунтовано необхідність її впровадження;

– запропоновано створити в межах державно-приватного партнерства медико-реабілітаційний центр, який би надавав медико-реабілітаційну допомогу й послуги персоналу підприємств і/або організацій його засновників, а також іншим громадянам держави на підставі укладених з Національною службою здоров'я України договорів;

*удосконалено:*

– науково-теоретичний підхід до уточнення окремих термінів, що утворюють категорійно-понятійний апарат державного управління у сфері охорони здоров'я, зокрема: «державне управління медичною реабілітацією», під яким запропоновано розуміти комплексний вплив держави (шляхом застосування політичних, економічних, соціальних, організаційних і правових засобів, практичних заходів, важелів, стимулів) на суб'єктів національної системи охорони здоров'я, котрі здійснюють свою діяльність щодо забезпечення якнайповнішого відновлення (або

максимальної компенсації) втрачених унаслідок дії набутих чинників функцій, здібностей і здатностей індивідуума;

- концептуальні положення щодо необхідності посилення кадрової компоненти організаційного механізму державного управління системою медико-реабілітаційної допомоги шляхом внесення змін до підготовки фахівців-реабілітологів і ерготерапевтів у сфері охорони здоров'я, зокрема щодо зміни парадигми освітнього процесу від авторитарної педагогіки до педагогіки співпраці;

- організаційний механізм державного регулювання системи медико-реабілітаційної допомоги й послуг, який передбачає широке залучення Всеукраїнського лікарського товариства, професійних і громадських об'єднань фахівців з медичної реабілітації;

*набули подальшого розвитку:*

- напрями державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я, які передбачають прогностичну, організаційну, економічну й освітню компоненти щодо забезпечення процесу надання медико-реабілітаційної допомоги та послуг населенню держави.

**Практичне значення одержаних результатів.** Загальним результатом дослідження є розробка концептуальних засад формування механізмів державного регулювання надання медичної реабілітації в Україні. Запропоновані наукові положення, висновки й рекомендації можуть бути використані в діяльності:

- Президента України, Верховної Ради України й Кабінету Міністрів України – при підготовці та прийнятті нормативно-правових актів щодо вдосконалення системи медичної реабілітації;

- органів місцевого самоврядування – при підготовці перспективних планів розвитку системи медичної реабілітації на регіональному рівні;

- закладів вищої освіти – як дидактичний матеріал при викладанні дисциплін з підготовки фахівців у галузі державного управління, державної служби, менеджменту організацій, організації охорони здоров'я.

Результати дослідження використано в діяльності Запорізької обласної ради у процесі підготовки і проведення наради з питань реформування для керівників медичних закладів Запорізької області (довідка про впровадження від 20.10.2020 № 01-27/1074).

Теоретичні розробки дисертації використовують у навчальному процесі Класичного приватного університету при викладанні таких дисциплін, як «Соціальна і гуманітарна політика» та «Управління в державних інституціях» (довідка про впровадження № 74 від 23.09.2020); Вищого навчального комунального закладу Львівської обласної ради «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського» у процесі викладання дисциплін «Медсестринство в педіатрії», «Медсестринство в сімейній медицині», «Медична та соціальна реабілітація» (акт впровадження № 01-35/91/1 від 25.02.2020).

Зміст і діапазон основних теоретичних положень дослідження, висновків і рекомендацій, їх фактографія сприятимуть удосконаленню процесу надання медико-реабілітаційної допомоги в Україні.

**Особистий внесок здобувача.** Дисертація виконана здобувачкою самостійно. Висновки й результати, у тому числі й ті, що характеризують наукову новизну, отримані та сформульовані нею самостійно. Внесок авторки в праці в співавторстві конкретизовано в списку публікацій за темою дисертації.

**Апробація результатів дослідження.** Основні результати дослідження доповідались та обговорювались на міжнародних і всеукраїнських науково-практичних конференціях: «Права людини та проблеми організації і функціонування публічної адміністрації в умовах становлення громадянського суспільства в Україні» (м. Запоріжжя, 2019 р.); «Держава і право в умовах глобалізації» (м. Дніпро, 2020 р.); «Сучасні проблеми правової системи та державотворення в Україні» (м. Запоріжжя, 2020 р.); XI Міжнародний конгрес «Медсестри проти COVID-19» (м. Київ, 2020 р.).

**Публікації.** Основні результати дослідження викладено у 8 наукових працях, з них: 5 – статті у наукових фахових виданнях України з державного управління (з них 1 входить до міжнародних наукометричних баз даних), 3 – матеріали конференцій.

**Структура й обсяг дисертації.** Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків. Загальний обсяг дисертації становить 217 сторінок. Робота містить 3 таблиці. Список використаних джерел включає 312 найменувань.

## ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

У **вступі** обґрунтовано актуальність обраної теми дослідження; сформульовано мету, завдання, об'єкт, предмет, методи дослідження; вказано наукову новизну та практичне значення одержаних результатів; подано відомості про апробацію та публікації.

У **першому розділі** – *«Теоретичні засади державного управління системою охорони здоров'я»* – на основі комплексного аналізу публікацій вітчизняних і зарубіжних авторів висвітлено ступінь наукової розробки теми; розглянуто національну систему охорони здоров'я як об'єкта науки державного управління; уточнено категорійно-понятійний апарат дослідження; проаналізовано кращі практики державного регулювання системи медико-реабілітаційної допомоги й послуг у зарубіжних країнах.

Відповідно до чинного національного законодавства (Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»), медична реабілітація здійснюється безоплатно державними та комунальними закладами охорони здоров'я, з якими укладено договори про медичне обслуговування населення, за направленням відповідно до медичних показань державного чи комунального закладу охорони здоров'я, в якому пацієнтові надавалася вторинна (спеціалізована) чи третинна (високоспеціалізована) медична допомога. На сьогодні вона призначається пацієнтам після закінчення гострого періоду захворювання в разі наявності обмежень життєдіяльності; з уродженими та спадковими патологічними станами, набутими порушеннями опорно-рухового та мовного апарату, вадами зору та слуху; у разі встановлення стійкої непрацездатності (інвалідності).

У сучасній науковій літературі й у нормативно-правових актах різних рівнів подано різні трактування терміна «медична реабілітація». У Законі України «Про реабілітацію з інвалідністю в Україні» № 2961-IV від 06.10.2005 у ст. 13 «Типи реабілітаційних установ» вказано, що «...реабілітаційні установи залежно від змісту реабілітаційних заходів, які вони здійснюють, відносяться до таких типів: а) медичної реабілітації; б) медико-соціальної реабілітації; в) соціальної реабілітації; г) психолого-педагогічної реабілітації; д) фізичної реабілітації; е) професійної реабілітації; трудової реабілітації; фізкультурно-спортивної реабілітації». На основі цього поділу реабілітаційних установ можна запропонувати таку класифікацію типів реабілітації: медична; медико-соціальна; соціальна; психолого-педагогічна; фізична; професійна; трудова; фізкультурно-спортивна; змішана. Проаналізовано визначення різних типів реабілітації, наведені в цьому Законі, і наголошено, що, крім психолого-педагогічної реабілітації, там виокремлено поняття «психологічна реабілітація». Натомість, немає визначення поняття «медико-соціальна реабілітація», хоча в ст. 13 (як зазначено вище) вказано на існування такого типу реабілітаційних установ.

Враховуючи вищенаведені визначення й тлумачення механізму державного управління системою охорони здоров'я (З. Надюк, 2009 р.), під державним управлінням медичною реабілітацією запропоновано розуміти комплексний вплив держави (шляхом застосування політичних, економічних, соціальних, організаційних і правових засобів, практичних заходів, важелів, стимулів) на суб'єктів національної системи охорони здоров'я, котрі здійснюють свою діяльність щодо забезпечення якнайповнішого відновлення (або максимальної компенсації), втрачених унаслідок дії набутих чинників функцій, здібностей і здатностей індивідуума.

Здійснений аналіз наукової літератури дав змогу виокремити такі сучасні принципи, на яких базується система медичної реабілітації: безперервність і ґрунтовність (реабілітація повинна здійснюватися від моменту виникнення хвороби або травми до повного повернення людини в суспільство); комплексність (проблема реабілітації повинна вирішуватися комплексно, з урахуванням усіх її аспектів); доступність (реабілітація повинна бути доступною для всіх, хто її потребує); гнучкість (реабілітація повинна пристосовуватися до постійно мінливої структури хвороби, а також враховувати технічний прогрес і зміни соціальних структур) тощо.

Важливе значення для розвитку реабілітаційної сфери має участь держави в цьому процесі, а саме ефективна модель державного управління системою надання медико-реабілітаційної допомоги. Державне управління – це діяльність, яка пов'язана з плануванням, координацією, організацією та здійсненням політики уряду. З огляду на повноваження виконавчої влади можна констатувати, що державне управління в медичній галузі – особливий вид діяльності держави з впливу у сфері охорони здоров'я.

Державне управління розвитком медико-реабілітаційної допомоги в системі охорони здоров'я є процесом, який поєднує соціальну, економічну та організаційну функції. Реалізація цих основних функцій державного управління в сучасних



умовах пов'язана із загостренням суперечностей між керуючою та керованою підсистемами й невідповідністю фактичних потреб населення реальним можливостям сфери охорони здоров'я. Розв'язання цієї проблеми вимагає вдосконалення функцій та механізмів державного управління системи медико-реабілітаційної допомоги. Так, ефективність державного управління в цій сфері повинна відповідати таким характеристикам: результативність та економічність. Для ефективного державного управління використовують різні методи й важелі, за допомогою яких органи державної влади впливають на стан медико-реабілітаційної допомоги. Ефективність цього показника визначається відповідністю між витратами й досягнутими результатами.

Крім того, важливо, щоб процес державного управління медико-реабілітаційною допомогою був економічним, тобто з найменшими витратами. Результативність державного управління визначається мірою досягнення поставленої мети та ефективним розвитком медичної допомоги. Ефективну модель державного управління медико-реабілітаційною допомогою подано на рис. 1.

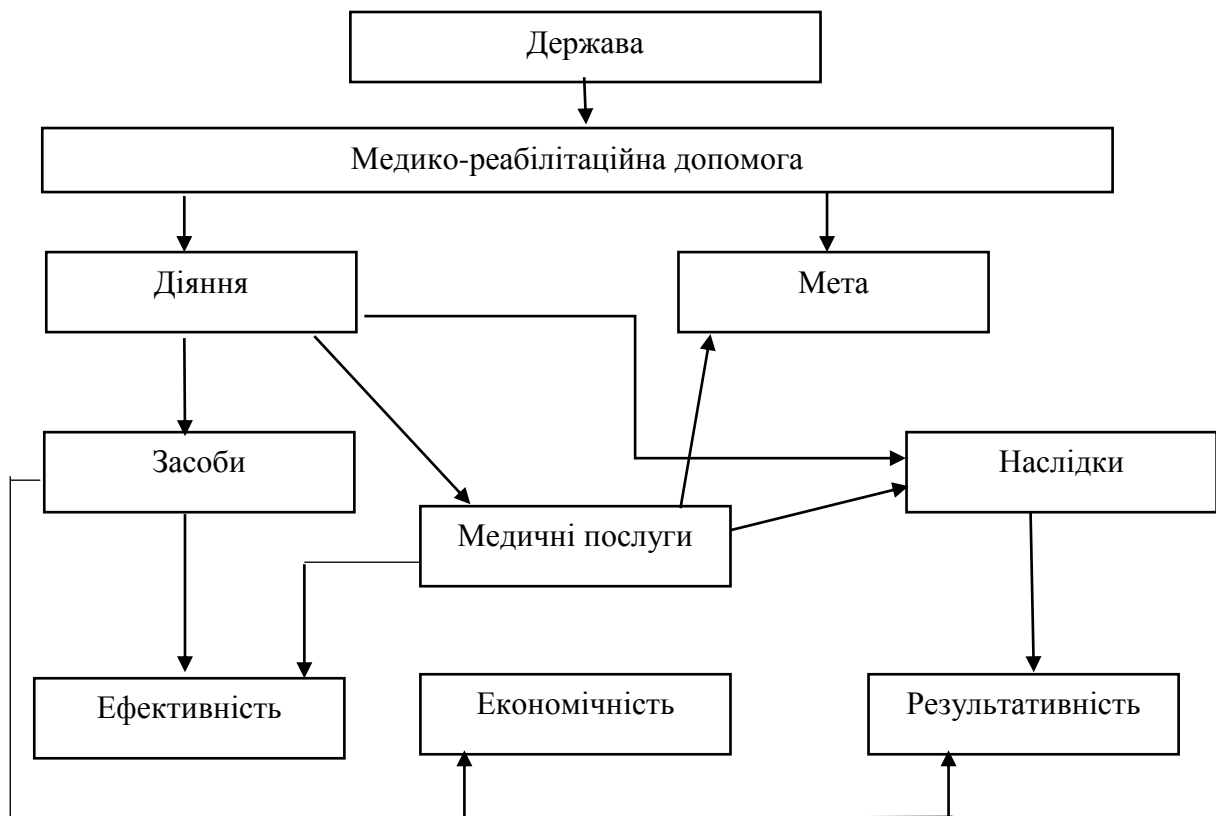


Рис. 1. Модель державного управління медико-реабілітаційною допомогою  
(удосконалено автором)

З метою детальнішого аналізу зарубіжного досвіду у сфері надання медико-реабілітаційної допомоги й послуг проаналізовано кращі практики систем реабілітації в Німеччині та Франції.

Систему медичної реабілітації Німеччини за своїм охопленням і диференційованістю по праву можна вважати основою європейського стандарту.

До Основного Закону ФРН в 1994 р. було внесено таку поправку: «Ніхто не повинен утискатися через свої недоліки (розумові або фізичні)». Вона надає всім громадянам «право на реабілітацію та інтеграцію в нормальне життя» і зобов'язує законодавчу, виконавчу владу та судові органи як на федеральному рівні, так і на рівні земель та громад, а також інші заклади й організації громадської влади використовувати всі можливості для введення інвалідів усіх груп, «наскільки це можливо», у нормальне життя. У цивільному праві передбачено заборону заподіяння шкоди інвалідам при відносинах між приватними особами. Проте, у Конституції Німеччини немає вимоги щодо надання переваги або сприяння інвалідам для встановлення однакових умов життя.

Контроль якості у сфері медичної реабілітації здійснюється шляхом анкетування хворих при виписці з реабілітаційного центру. На сьогодні формуються стандарти реабілітації для аналізу та гарантії якості проведеного курсу.

Система охорони здоров'я держави базується на добре структурованій системі медичного страхування, що складається з державного обов'язкового страхування (ДОС) та приватних страхових фондів. Усі лікарні в країні поділяються на: громадські (близько 54% всіх лікарняних ліжок), благодійні (фінансовані некомерційними організаціями, такими як Червоний Хрест, або з церковних бюджетів; близько 38% ліжок) та приватні (невеликі клініки, які діють за принципами комерційних підприємств; близько 8% ліжок).

За змістом і структурою реабілітація у Франції є складником госпітальної медицини та вважається новою гілкою в розвитку медицини. На систему реабілітації впливають особливості організації системи охорони здоров'я Франції в цілому, які полягають у широкому впливі держави, відсутності конкуренції між лікарняними касами, загальній обов'язковості соціального страхування, відсутності меж страхових внесків, застосуванні принципу відшкодування витрат, відсутності обмежень на вартість лікарської допомоги в приватній практиці і високому особистому залученні хворих до оплати лікування.

Особливостями системи медичної реабілітації у Франції можна вважати такі визначальні моменти:

- немає чіткого розмежування госпітального та курортного лікування;
- єдиною структурою, що фінансує, є державне медичне страхування;
- медичну реабілітацію в 90% випадків проводять у межах стаціонарного госпітального лікування в період доліковування;
- у цілому значущість медичної реабілітації у Франції невисока.

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

Також об'єктом критики є надмірний державний контроль в охороні здоров'я, який, на думку багатьох експертів, шкодить якості медичного забезпечення.

Проведений аналіз національних систем надання медико-реабілітаційної допомоги в Німеччині та Франції як країн – представників ЄС вказує на можливість використання окремих позитивних рис для їх імплементації в українську систему. Проте, необхідно брати до уваги відмінності в побудові загальних національних систем охорони здоров'я, рівня фінансового благополуччя домогосподарств, загальний стан економіки досліджуваних держав.

Загальним підсумком можна вважати потребу в розробці власної системи державного управління наданням медико-реабілітаційної допомоги й послуг населенню України з ухильним обережним упровадженням окремих ефективних елементів зарубіжних моделей.

У другому розділі – *«Характеристика державного регулювання системи медичної реабілітації в Україні»* – проаналізовано організацію надання медико-реабілітаційної допомоги й послуг в Україні; охарактеризовано організаційно-економічний механізм державного регулювання у сфері медичної реабілітації; здійснено аналіз нормативно-правового забезпечення процесу державного регулювання надання медико-реабілітаційної допомоги і послуг.

В Україні на сьогодні державне управління у сфері реабілітації здійснюють Міністерство охорони здоров'я України (медична реабілітація), Міністерство соціальної політики України (соціальна реабілітація, надання допоміжних засобів), Міністерство освіти і науки України (науково-педагогічний супровід і підготовка кадрів з реабілітації). Такий розподіл повноважень призводить до нестачі координації між вищеперерахованими владними інституціями. У Міністерстві охорони здоров'я України у складі Управління медико-соціальної допомоги населенню створений відділ медичної реабілітації, паліативної та хоспісної допомоги й сектор санаторно-курортного лікування. Науково-методичний супровід функціонування системи медичної реабілітації здійснюють різні науково-дослідні установи.

Серед них виокремлюють НДІ реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова; Український НДІ медичної реабілітації та курортології (м. Одеса); Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології (м. Київ); Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності.

Однак серед 30 груп експертів МОЗ України відсутня група експертів з питань медичної реабілітації. На міжнародному рівні питання вдосконалення системи медичної реабілітації перебуває в юрисдикції Комітету експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Є потреба у створенні національної програми медико-психологічної реабілітації для учасників бойових дій. На сьогодні, за оцінками фахівців, національна система медичної реабілітації є досить фрагментарною, у ній рідше застосовують мультидисциплінарний підхід. Для реалізації такого підходу МОЗ України здійснено такі заходи: затверджено План заходів з упровадження в Україні

Міжнародної класифікації функціонування (МКФ); затверджено переклад МКФ; додано спеціальність «Фізична та реабілітаційна медицина» до номенклатури лікарських спеціальностей; введено кваліфікаційні характеристики більшості фахівців реабілітації (лікаря фізичної та реабілітаційної медицини, фізичного терапевта, ерготерапевта, асистента фізичного терапевта, асистента ерготерапевта).

Організаційно-економічний механізм державного управління у сфері медичної реабілітації спрямований, перш за все, на такі напрями:

- визначення необхідних для повноцінного функціонування й розвитку обсягів фінансування, його джерельного забезпечення;
- залучення внутрішніх і зовнішніх інвестиційних коштів;
- розробка та реалізація інновацій;
- формування, навчання й розвиток кадрового потенціалу галузі, запобігання відтоку фахівців за кордон;
- забезпечення доступності, якості та ефективності медико-реабілітаційної допомоги і послуг тощо.

Здійснений ретроспективний аналіз нормативно-правової бази у сфері охорони здоров'я вказує на достатнє нормативно-правове забезпечення процесу надання медико-реабілітаційної допомоги для функціонування на національному рівні. Визначено потребу в модернізації правового поля на регіональному рівні, зокрема щодо фінансово-економічних аспектів діяльності таких закладів і їх організаційного підпорядкування.

Результати аналізу організаційно-правового механізму державного регулювання системи медичної реабілітації дали змогу виявити такі проблеми в цій сфері: недосконала нормативно-правова база; неефективна система державного управління; неякісне інформування про медико-реабілітаційні послуги; розпорошеність функцій системи медичної реабілітації між різними галузевими закладами; віддаленість реабілітаційних центрів від споживачів їх послуг; корупційні ризики в процесі оформлення пільгового надання послуг; недостатнє та морально застаріле оснащення медико-реабілітаційних закладів необхідним обладнанням; погана поінформованість населення про можливість отримання медико-реабілітаційних заходів; недостатнє кадрове забезпечення (швидка плінність кадрів).

Як зазначено у підсумковому звіті конгресу «Rehabilitation 2030: a call for action», який відбувся 6–7 лютого 2017 р. за підтримки ВООЗ, «...надзвичайно важливе значення для досягнення 3-ої Мети сталого розвитку (Sustainable Development Goal № 3) (Забезпечення здорового способу життя і сприяння благополуччя для всіх у будь-якому віці) має наявність доступної і прийнятної в ціновому відношенні реабілітації».

Важливу роль у розумінні потреби розвитку реабілітаційної медицини відіграє економічний чинник. Фінансові витрати держави (роботодавця, сім'ї) на здійснення реабілітаційних заходів є, за своєю суттю, прямими інвестиціями з високим рівнем рентабельності. Вони не лише прямо знижують витрати на утримання осіб із частковою чи повною непрацездатністю, а й дають змогу суттєво покращити рівень якості життя таких осіб. Залежно від важкості прояву

соматичних уражень, особи із захворюваннями, які раніше вважалися такими, що інвалідизують людину, сьогодні, використовуючи досягнення реабілітаційної медицини, можуть виконувати певну, навіть оплачувану роботу.

Розвиток сучасної медицини дає змогу більшому відсотку осіб з тимчасовою частковою непрацездатністю цілком відновити свій функціональний стан і виконувати свої функції в повному обсязі. Тобто держава, здійснюючи ефективні реабілітаційні заходи для своїх громадян (особливо працездатного віку), що їх потребують, прямо знижує свої соціальні витрати на них, а також опосередковано збільшує кількісно чисельність категорії платників податків.

Економічними вигодами для держави щодо реабілітації людей похилого віку та пенсіонерів є те, що покращиться рівень якості їхнього життя, і вони менше потребуватимуть стороннього догляду за собою, що знизить витрати держави (родини, власне особи) на забезпечення побуту зокрема й життєдіяльності загалом.

Ще однією економічною перевагою своєчасного та ефективного надання реабілітаційної допомоги є те, що таким чином зменшується тривалість перебування пацієнтів у стаціонарних відділеннях закладів охорони здоров'я, підвищується показник кругообігу ліжка, а отже, є можливість оптимізації діяльності такого закладу й скорочення непродуктивних витрат з його бюджету.

Система медико-реабілітаційної допомоги побудована переважно на мережі закладів державної та комунальної форм власності, причому більшість закладів – комунальної форми власності. Фінансування витрат на медичну реабілітацію передбачено в місцевих та Державному бюджетах через систему Національної служби охорони здоров'я. Заможне населення може користуватися за власний рахунок послугами приватних закладів.

При цьому наявне фінансування використовують украй неефективно через уже згадану роздутість мережі, через паралельну роботу різних урядових і відомчих лікарень, які отримують 7% від державних витрат на охорону здоров'я, хоч становлять 0,5% від кількості всіх медичних закладів, та через неможливість лікарень гнучко управляти доступними грошима. Основну частину фінансування (близько 75%) лікарні отримують на зарплати медичних працівників, що оцінюється на основі кількості ліжок і не може змінюватися, близько 9% припадає на оплату комунальних послуг, а залишки надаються на медикаменти, перев'язувальні матеріали (7,8%) та харчування (2,7%). Мізерні кошти залишаються на оновлення обладнання й інші цілі, які часто фінансуються з так званих «благодійних» внесків пацієнтів чи на кошти спонсорів.

Є необхідність стандартизації медико-реабілітаційної допомоги й послуг в Україні, і не лише розробка та затвердження нових протоколів, а і їх широке впровадження на різних рівнях підготовки лікарів і молодшого медичного персоналу.

Сьогодні в Україні існують проблеми з організацією надання медико-реабілітаційної допомоги громадянам держави, однією з причин такого стану справ є недосконала підготовка фахівців цієї системи, що зумовлено недостатнім фінансуванням освітніх проєктів та швидкістю появи інновацій у сфері медичної реабілітації.

У третьому розділі – «Напрями вдосконалення механізмів державного регулювання системи медичної реабілітації в Україні» – запропоновано напрями вдосконалення механізмів державного регулювання системи медичної реабілітації; розроблено шляхи модернізації нормативно-правового забезпечення державного регулювання медичної реабілітації в умовах реформування системи охорони здоров'я України; створено Концепцію підвищення якості медико-реабілітаційної допомоги й послуг в Україні.

Виявлені у процесі дослідження проблеми кадрового забезпечення у сфері надання медико-реабілітаційної допомоги спричинені переважно неготовністю національної системи охорони здоров'я до введення нових спеціальностей у цій сфері. Іншою проблемою є наявні суперечності між потребою диверсифікації освіти та монотонністю змісту чинних навчальних технологій. Необхідно змінити пояснювально-ілюстративну методологію викладання, що переважає сьогодні в освіті, на методологію діяльнісного впливу.

Упровадження нових спеціальностей серед лікарів і молодшого медичного персоналу у сфері медичної реабілітації (лікарів фізичної й медичної реабілітації, фізичних та ерготерапевтів, а також асистента фізичного терапевта й асистента ерготерапевта) потребує якісно нового підходу до процесу підготовки цих спеціалістів у закладах вищої освіти Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, інших профільних міністерств (Міноборони, МВС, Міністерства молоді та спорту). Застосування в освітньому процесі сучасних принципів здобуття освіти «освіта впродовж життя», «освіта шириною у життя» в поєднанні з особистісним самовдосконаленням власне здобувачів повинні забезпечити їх якісну підготовку. Запропоновані зміни в освітньому процесі підготовки фахівців у галузі медичної реабілітації дадуть змогу посилити кадрову компоненту організаційного механізму державного управління системою медико-реабілітаційної допомоги.

Проблема модернізації сучасного нормативно-правового забезпечення надання медико-реабілітаційної допомоги й послуг потребує для свого вирішення таких заходів:

- законодавчого забезпечення прав на реабілітацію учасників АТО і ООС, осіб, постраждалих у районах їх проведення;
- нормативно-правової стандартизації підходів щодо реабілітації осіб, постраждалих унаслідок бойових дій, військових конфліктів, терористичних актів;
- законодавчого забезпечення державно-приватного партнерства у сфері медичної реабілітації, його фінансової компоненти;
- прийняття окремого законодавчого акту про систему медико-реабілітаційної допомоги.

Попередній законопроект «Про попередження інвалідності та систему реабілітації в Україні» був повернутий авторам на доопрацювання після його розгляду на засіданнях комітетів Верховної Ради України.

Відзначено, що для сталого розвитку системи медичної реабілітації важливе значення має кадрове забезпечення цієї системи. Спостерігається дефіцит фахівців з напрямку підготовки «Медична реабілітація». Це призводить до перевантаження

тих реабілітологів, ерготерапевтів, що вже працюють у системі охорони здоров'я. Це, у свою чергу, є негативним чинником, який може спричинити розвиток синдрому професійного вигорання як у лікарів, так і в молодшого медичного персоналу.

З метою вдосконалення кадрового механізму державного регулювання надання медичної реабілітації запропоновано впровадити низку практичних заходів, зокрема:

- здійснити прогноз потреби системи медичної реабілітації у фахівцях цього профілю;
- розробити стратегічний план розвитку системи підготовки фахівців для задоволення потреб пацієнтів у медико-реабілітаційній допомозі й послугах;
- розробити державну програму запобігання трудовій міграції фахівців з медичної реабілітації за кордон;
- забезпечити економічну мотивацію фахівців з медичної реабілітації шляхом здійснення оплати наданої допомоги й послуг відповідно до референтних тарифів; а також передбачити можливість фінансових доплат з місцевих бюджетів для всіх медичних працівників, задіяних у наданні медико-реабілітаційної допомоги й послуг;
- залучення Всеукраїнського лікарського товариства, інших професійних медичних асоціацій до формування кадрового потенціалу у сфері медичної реабілітації, здійснення заходів з оцінювання професійної компетентності підготовлених фахівців, їх сертифікації і ліцензування (за потреби);
- створення системи безперервної професійної освіти у сфері медичної реабілітації;
- тощо.

Для здійснення управлінського впливу на ефективність медико-реабілітаційної допомоги необхідною умовою є наявність критеріїв оцінювання ефективності наданої допомоги і/або послуг, а також зворотний зв'язок з отримувачами цих послуг. Важливим етапом оцінювання діяльності системи медичної реабілітації є експертне оцінювання для з'ясування процесів, що відбуваються в площині базисних компонентів системи, а саме у структурі, процесі та результатах.

Поєднання цих складників дасть змогу здійснити комплексний моніторинг і оцінити якість медико-реабілітаційної допомоги, наданої суб'єктами цієї системи (лікувально-профілактичними закладами, фізичними особами з відповідною ліцензією). Державне управління якістю надання медико-реабілітаційної допомоги й послуг як невід'ємний складник державного управління системою медичної реабілітації є перспективним напрямом стратегічного управління охороною здоров'я.

З метою підвищення якості надання медико-реабілітаційної допомоги й послуг в Україні розроблено Концепцію якості національної системи медичної реабілітації. Вона базується на засадах державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. Обґрунтовано необхідність її впровадження до національної системи охорони здоров'я. Основними завданнями, які покликана вирішити

пропонована Концепція, є підвищення якості медико-реабілітаційної допомоги й послуг, які надаються амбулаторно або стаціонарно в лікувально-профілактичних закладах усіх форм власності або фізичними особами-підприємцями, які мають відповідну ліцензію, а також забезпечення виконання системою охорони здоров'я України своїх соціальних функцій у суспільстві з одночасним скороченням прямих та непрямих витрат громадян на охорону здоров'я.

Згідно зі ст. 4 Закону України «Про державно-приватне партнерство», воно можливе й у сфері охорони здоров'я. У ст. 2 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» зазначено, що надавачами медичних послуг можуть бути «...заклади охорони здоров'я усіх форм власності та фізичні особи-підприємці, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та уклали договір про медичне обслуговування населення з головними розпорядниками бюджетних коштів». Основними інституціональними принципами, на яких базується державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я, відповідно до чинного законодавства, є такі:

- рівність (рівність державних, комунальних, галузевих і приватних закладів охорони здоров'я, фізичних осіб-підприємців перед законом; заборона будь-яких дій, що мають дискримінаційний характер щодо державних, комунальних, галузевих чи приватних закладів охорони здоров'я, фізичних осіб-підприємців);

- взаємоузгодженість інтересів (узгодження інтересів усіх зацікавлених сторін з метою отримання взаємної вигоди);

- стабільність (незмінність форми власності об'єктів та їхнього цільового призначення протягом усього терміну дії договору);

- відповідальність (справедливості розподілу між державними, комунальними, галузевими та приватними партнерами відповідальності й ризиків, які пов'язані з виконанням договорів).

Запропоновано створити і/або використовувати медико-реабілітаційні центри (заклади), які належать державним, комунальним, відомчим чи приватним підприємствам, організаціям, для формування розширеної мережі реабілітаційної допомоги.

Використання приватних лікувально-профілактичних закладів, що надають медико-реабілітаційну допомогу, для надання такої громадянам, які самотійно не спроможні оплатити реабілітаційні заходи, можливе через систему Національної служби охорони здоров'я.

Підприємствам і організаціям, які прямо інвестують свої або залучені кошти у функціонування таких центрів, можуть бути відповідно надані державні преференції в межах державно-приватного партнерства. Укладання договорів у системі Національної системи здоров'я України з вказаними закладами для надання населенню медико-реабілітаційної допомоги може відбуватися як пряма оплата наданих послуг або як преференції підприємствам і/або організаціям у формі зниження податків, знижок з мит, звільнення платежів, надання вигідних кредитів тощо.

Лише за умови синергетичної взаємодії держави і її громадян, яка здійснюватиметься через органи публічного управління у сфері охорони здоров'я, можливе подолання кризових явищ у національній системі охорони здоров'я загалом та у сфері надання медико-реабілітаційної допомоги зокрема.



## ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі узагальнено та вирішено науково-практичне завдання обґрунтування механізмів і розробки практичних рекомендацій щодо вдосконалення державного регулювання надання медичної реабілітаційної допомоги й послуг в Україні. Одержані результати дають змогу зробити такі висновки.

1. На основі дослідження системи медико-реабілітаційної допомоги як об'єкта державного регулювання встановлено, що для власного ефективного функціонування ця система повинна поєднувати механізми державного управління та саморегулювання, а саме правовий механізм з організаційним і економічним (розробка й прийняття нормативно-правових актів щодо організації та проведення діяльності органів, які здійснюють контроль і нагляд у сфері охорони здоров'я), а також із застосуванням державних засобів регуляторного впливу (ліцензування й сертифікація, стандартизація, надання податкових та інших пільг тощо). Виокремлено особливості механізмів державного управління у сфері медичної реабілітації.

Зазначено, що ефективність механізмів державного управління в цій сфері залежить від комплексності й одночасності їх дії, тобто мають здатність виявляти синергетичний вплив на об'єкт управління. Виокремлено основні завдання підсистеми медичної реабілітації за відношенням до національної системи охорони здоров'я: забезпечення максимально можливого відновлення рівня здоров'я індивідуума, що потребував надання медичної допомоги чи послуги, а також забезпечення виконання системою охорони здоров'я України соціальних функцій у суспільстві.

2. На основі аналізу тлумачень понять «державне управління у сфері охорони здоров'я», «медична реабілітація», «реабілітація» сформульовано авторське визначення терміна «державне управління медичною реабілітацією», під яким запропоновано розуміти комплексний вплив держави (шляхом застосування політичних, економічних, соціальних, організаційних і правових засобів, практичних заходів, важелів, стимулів) на суб'єктів національної системи охорони здоров'я, котрі здійснюють свою діяльність щодо забезпечення якнайповнішого відновлення (або максимальної компенсації) втрачених унаслідок дії набутих чинників функцій, здібностей і здатностей індивідуума.

3. На прикладі декількох країн Європейського Союзу досліджено зарубіжний досвід функціонування системи медичної реабілітації. Показано, що кращі практики побудови національних систем медичної реабілітації у своїй основі мають принцип безперервного підвищення якості надання медико-реабілітаційної допомоги й послуг, їх ефективності.

Проаналізований зарубіжний досвід дає підстави запропонувати з метою вдосконалення національної системи охорони здоров'я такі напрями: 1) якість надання медико-реабілітаційної допомоги і послуг; 2) кадрове планування системи медичної реабілітації; 3) перерозподіл інвестиційних коштів, залучених підприємствами й організаціями на створення/підтримання професіональної

профілактико-реабілітаційної підсистеми тощо. Можливість імплементації та адаптації таких технологій в Україні повинна лобювати держава в межах державно-приватного партнерства.

4. В Україні на сьогодні державне управління у сфері реабілітації здійснюють Міністерство охорони здоров'я (медична реабілітація), Міністерство соціальної політики (соціальна реабілітація, надання допоміжних засобів), Міністерство освіти і науки (науково-педагогічний супровід і підготовка кадрів з реабілітації). Такий розподіл повноважень призводить до нестачі координації між вищеперерахованими владними інституціями. Доцільно рекомендувати передати повноваження щодо сертифікації фахівців у цій сфері професійній громадській організації, якій надати колегіальне право видачі, пролонгування й припинення терміну дії професійного сертифіката у сфері медичної реабілітації.

Визначено, що основними тригерними чинниками, які негативно впливають на ефективне та адекватне функціонування системи медичної реабілітації, є збільшення навантаження на наявну систему (зростання кількості осіб, які потребують комплексної медико-психологічної реабілітації); відсутність стратегії її розвитку; територіальна нерівність доступу до закладів, що надають медико-реабілітаційну допомогу й послуги; деконцентрація регулювання діяльності закладів системи (державні, комунальні, відомчі, приватні).

5. У процесі дослідження виявлено проблеми кадрового забезпечення у сфері надання медико-реабілітаційної допомоги, спричинені неготовністю національної системи охорони здоров'я до введення нових спеціалістів: лікарів фізичної й медичної реабілітації, фізичних та ерготерапевтів, а також молодшого медичного персоналу – асистента фізичного терапевта й асистента ерготерапевта.

Запропоновано внести зміни в освітній процес підготовки фахівців у галузі медичної реабілітації, які передбачають перехід парадигми освітнього процесу від авторитарної педагогіки до педагогіки співпраці, що сприятиме запровадженню в практику вищої школи інноваційних освітніх технологій. Такий новітній підхід до процесу підготовки фахівців дасть змогу посилити кадрову компоненту організаційного механізму державного управління системою медико-реабілітаційної допомоги.

6. На підставі проведеного аналізу виявлено основні недоліки системи медичної реабілітації, а саме: недосконала нормативно-правова база; неефективна система державного управління; неякісне інформування про медико-реабілітаційні послуги; розпорошеність функцій системи медичної реабілітації між різними галузевими закладами; віддаленість реабілітаційних центрів від споживачів їх послуг; корупційні ризики в процесі оформлення пільгового надання послуг; недостатнє та морально застаріле оснащення медико-реабілітаційних закладів необхідним обладнанням; погана поінформованість населення про можливість отримання медико-реабілітаційних заходів; недостатнє кадрове забезпечення (швидка плінність кадрів).

7. Визначено, що державне управління якістю надання медико-реабілітаційної допомоги й послуг як невід'ємний складник державного управління системою медичної реабілітації є перспективним напрямом стратегічного управління

охороною здоров'я. З метою підвищення ефективності медико-реабілітаційної допомоги й послуг в Україні на засадах державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я розроблено Концепцію якості національної системи медичної реабілітації. Обґрунтовано необхідність її впровадження до національної системи охорони здоров'я. Основними завданнями, які покликана вирішити пропонована Концепція, є підвищення якості медико-реабілітаційної допомоги й послуг, які надаються амбулаторно або стаціонарно в лікувально-профілактичних закладах усіх форм власності або фізичними особами-підприємцями, які мають відповідну ліцензію, а також забезпечення виконання системою охорони здоров'я України своїх соціальних функцій у суспільстві з одночасним скороченням прямих та непрямих витрат громадян на охорону здоров'я.

8. Враховуючи науково-теоретичні результати дослідження, запропоновано для впровадження в практичну діяльність органів державної влади у сфері охорони здоров'я авторські рекомендації щодо:

- модернізації чинного нормативно-правового поля надання медико-реабілітаційної допомоги й послуг;
- узгодження з міжнародними нормативно-правовими актами в цій сфері;
- розробки державної програми сприяння розвитку медико-реабілітаційної допомоги й послуг з відновлення порушених чи втрачених функцій організму особи.

## **СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

### *Публікації, що висвітлюють основні наукові результати дисертації*

#### *Статті в наукових фахових виданнях України*

1. Берлінець І. А., Яремчук О. В. Проблематика державного управління у сфері медичної реабілітації у процесі трансформування національної системи охорони здоров'я. *Демократичне врядування*. 2018. Вип. 21. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeVr\\_2018\\_21\\_13](http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeVr_2018_21_13). *Особистий внесок здобувачки: визначено основні проблеми та напрями покращення механізмів державного управління у сфері медичної реабілітації як підсистеми національної системи охорони здоров'я.*

2. Берлінець І. А. Зарубіжний досвід у сфері медичної реабілітації: перспективи використання в Україні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2019. № 4. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1416>. DOI: 10.32702/2307-2156-2019.4.100.

3. Берлінець І. А. Історико-географічні аспекти надання реабілітаційної допомоги в Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2019. № 13. С. 92–97. DOI: 10.32702/2306-6814.2019.13.92.

4. Берлінець І. А. Проблематика нормативно-правового забезпечення надання медико-реабілітаційної допомоги в Україні. *Публічне адміністрування та національна безпека*: електронне наукове видання. 2020. № 3. URL: <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2020-3-5729>.

5. Берлінець І. А. Аналіз сучасного стану надання медико-реабілітаційної допомоги і послуг в Україні: державно-управлінський аспект. *Аспекти публічного управління*. 2020. Т. 8. № 1. URL: <https://aspects.org.ua/index.php/journal/article/download/718/690/>

***Публікації, що додатково відображають наукові результати дисертації та засвідчують обов'язкову апробацію матеріалів дисертації***

*Матеріали конференцій*

6. Берлінець І. А. Проблема освітньої компоненти у механізмі державного управління сферою медичної реабілітації в Україні. *Права людини та проблеми організації і функціонування публічної адміністрації в умовах становлення громадянського суспільства в Україні*: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Запоріжжя, 26–27 квітня 2019 р.). Запоріжжя: Запорізька міська громадська організація «Істина», 2019. С. 143–145.

7. Берлінець І. А. Формування системи державного управління якістю надання медико-реабілітаційної допомоги і послуг в Україні. *Держава і право в умовах глобалізації: реалії та перспективи*: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Дніпро, 31 січня – 1 лютого 2020 р.). Дніпро: ГО «Правовий світ», 2020. С. 10–12.

8. Берлінець І. А. Напрями вдосконалення правового механізму державного регулювання системи медичної реабілітації в Україні. *Сучасні проблеми правової системи та державотворення в Україні*: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Запоріжжя, 21–22 лютого 2020 р.). Запоріжжя: Запорізька міська громадська організація «Істина», 2020. С. 21–23.

**АНОТАЦІЯ**

**Берлінець І. А. Удосконалення державного регулювання надання медичної реабілітаційної допомоги і послуг в Україні.** – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 – механізми державного управління. – Класичний приватний університет, Запоріжжя, 2020.

У дисертації визначено сутність системи медико-реабілітаційної допомоги як об'єкта державного управління. Досліджено концептуальні засади розвитку інституту медичної реабілітації на теренах України. Узагальнено зарубіжний досвід організації системи медичної реабілітації та відзначено роль держави в забезпеченні цього процесу.

Уточнено понятійний апарат науки державного управління у сфері охорони здоров'я. Проаналізовано сучасний стан та особливості державного регулювання системи медичної реабілітації в Україні.

Розроблено Концепцію якості національної системи медичної реабілітації в Україні. Обґрунтовано практичні рекомендації щодо вдосконалення механізмів

державного регулювання системи медичної реабілітації та забезпечення її якості в Україні.

**Ключові слова:** державне управління, державно-приватне партнерство, медична реабілітація, механізми державного управління, система охорони здоров'я, якість медичної допомоги.

## АННОТАЦИЯ

**Берлинец И. А. Совершенствование государственного регулирования оказания медицинской реабилитационной помощи и услуг в Украине.** – Квалификационная научная работа на правах рукописи.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата наук государственного управления по специальности 25.00.02 – механизмы государственного управления. – Классический приватный университет, Запорожье, 2020.

В диссертации определена сущность системы медико-реабилитационной помощи как объекта государственного управления. Исследованы концептуальные основы развития института медицинской реабилитации на территории Украины. Обобщен зарубежный опыт организации системы медицинской реабилитации и отмечена роль государства в обеспечении этого процесса.

Уточнен понятийный аппарат науки государственного управления в сфере здравоохранения. Проанализированы современное состояние и особенности государственного регулирования системы медицинской реабилитации в Украине.

Разработана Концепция качества национальной системы медицинской реабилитации в Украине. Обоснованы практические рекомендации по совершенствованию механизмов государственного регулирования системы медицинской реабилитации и обеспечения ее качества в Украине.

**Ключевые слова:** государственное управление, государственно-частное партнерство, качество медицинской помощи, медицинская реабилитация, механизмы государственного управления, система здравоохранения.

## SUMMARY

**Berlinets I. A. Improving state regulation of medical rehabilitation care and services in Ukraine.** – Qualified scientific work on the rights of the manuscript.

Thesis for a Candidate Degree in Public Administration, specialty 25.00.02 – Mechanisms of Public Administration. – Classic Private University, Zaporizhzhia, 2020.

In the dissertation work the scientific and practical task of substantiation of mechanisms and development of practical recommendations on improvement of the state regulation of medical rehabilitation system in Ukraine is generalized and solved.

The dissertation defines the essence of the system of medical and rehabilitation care as an object of public administration. Based on the study of the system of medical and rehabilitation care as an object of state regulation, it is established that for its own effective functioning, this system must combine the mechanisms of public administration and self-regulation. The peculiarities of public administration mechanisms in the field of

medical rehabilitation are highlighted. The conceptual apparatus of the science of public administration in the field of health care has been clarified.

The foreign experience of the medical rehabilitation system has been studied on the example of several European Union countries. It is shown that the best foreign practices of building national systems of medical rehabilitation are based on the principle of continuous improvement of the quality of medical and rehabilitation care and services, their efficiency. The possibility of implementing and adapting the best foreign practices in the health care system of Ukraine should be supported by the state within the framework of public-private partnership.

The current state and features of state regulation of the medical rehabilitation system in Ukraine are analyzed. It is determined that the main trigger factors that negatively affect the effective and adequate functioning of the medical rehabilitation system are the increase of the burden on the existing system (increase in the number of people in need of comprehensive medical and psychological rehabilitation); lack of strategy for its development; territorial inequality of access to institutions providing medical and rehabilitation care and services; deconcentration of regulation of activity of establishments of system (state, municipal, departmental, private).

Changes in the educational process of training specialists in the field of medical rehabilitation are proposed, which provide for a paradigm shift in the educational process from authoritarian pedagogy to pedagogy of cooperation, which will facilitate the introduction of innovative educational technologies in the practice of higher education. Such an innovative approach to the process of training specialists will strengthen the personnel component of the organizational mechanism of public administration of the system of medical rehabilitation.

A concept for the quality of the national medical rehabilitation system in Ukraine has also been developed. The main tasks of the proposed Concept are to improve the quality of medical and rehabilitation care and services provided on an outpatient or inpatient basis in health care facilities of all forms of ownership or individual entrepreneurs who have a license, as well as ensuring the implementation of the health care system. Ukraine's social functions in society with a simultaneous reduction of direct and indirect expenditures of citizens on health care.

Practical recommendations for improving the mechanisms of state regulation of the medical rehabilitation system and ensuring its quality in Ukraine are substantiated.

**Key words:** public administration, public-private partnership, medical rehabilitation, mechanisms of public administration, health care system, quality of medical care.

**БЕРЛІНЕЦЬ ІРИНА АНАТОЛІВНА**

**УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ  
НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ І ПОСЛУГ  
В УКРАЇНІ**

25.00.02 – механізми державного управління

**АВТОРЕФЕРАТ**

дисертації на здобуття наукового ступеня  
кандидата наук з державного управління

Підписано до друку 28.12.2020.

Формат 60×84/16. Папір офсетний. Друк різнографний. Гарнітура Times.  
Умовн.-друк. арк. 0,9. Обл.-вид. арк. 0,9. Тираж 150 пр. Зам. № 57-2020/21АБ.

---

Видавець та виготовлювач  
Класичний приватний університет  
69002, м. Запоріжжя, вул. Жуковського, 70Б

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи  
серія ДК, № 3321 від 25.11.2008