

КЛАСИЧНИЙ ПРИВАТНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КЛАСИЧНИЙ ПРИВАТНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

БЕРЛІНЕЦЬ ІРИНА АНАТОЛІЇВНА

УДК 351.074: 614.02

ДИСЕРТАЦІЯ

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

Спеціальність 25.00.02 – механізми державного управління

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело
_____ Берлінець І. А.

Науковий керівник – Покатаєв Павло Сергійович, доктор наук з державного управління, професор

Запоріжжя – 2020

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, Класичний приватний університет, Запоріжжя, 2020.

У першому розділі – «Теоретичні засади державного управління системою охорони здоров'я» – на основі комплексного аналізу публікацій українських 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.

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 й послуг.

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.

Дисертаційна робота має наукову новизну, яка полягає в теоретичному обґрунтуванні механізмів і розробці практичних рекомендацій щодо державного регулювання системи медичної реабілітації в Україні.

Зокрема, у дисертації 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.

Обґрунтовано 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. Удосконалено 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.

У роботі 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. Удосконалено науково-теоретичний підхід до уточнення окремих

термінів, що утворюють категорійно-понятійний апарат державного управління у сфері охорони здоров'я.

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.

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 плинність кадрів).

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 й 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 лобіювати держава в межах державно-приватного партнерства.

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.

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

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, Classic Private University, Zaporizhzhia, 2020.

The first section – «Theoretical principles of public administration of the health care system» – based on a comprehensive analysis of publications by domestic and foreign authors highlights the degree of scientific development of the topic; the national health care system as an object of public administration science is considered; the categorical-conceptual apparatus of research is specified; the best practices of state regulation of the system of medical and rehabilitation care and services in foreign countries are analyzed.

In the second section – «Characteristics of state regulation of the medical rehabilitation system in Ukraine» – the organization of medical rehabilitation care and services in Ukraine is analyzed; the organizational and economic mechanism of state regulation in the field of medical rehabilitation is characterized; the analysis of normative and legal support of the process of state regulation of medical and rehabilitation care and services is carried out.

In the third section – «Directions for improving the mechanisms of state regulation of the medical rehabilitation system in Ukraine» – the directions for improving the mechanisms of state regulation of the medical rehabilitation system are proposed; developed ways to modernize the legal framework for state regulation of medical rehabilitation in terms of reforming the health care system of Ukraine; the Concept of improving the quality of medical and rehabilitation care and services in Ukraine was created.

The dissertation is characterized by the presence of scientific novelty, which consists in conducting a comprehensive study, which theoretically

substantiates the mechanisms and developed practical recommendations for state regulation of the medical rehabilitation system in Ukraine.

In particular, the author in the dissertation developed the Concept of quality of the national system of medical rehabilitation in Ukraine on the basis of public-private partnership using public administration mechanisms, private sector and professional medical associations as a regulator in health care and justified the need for its implementation. The dissertation proposed to create a medical rehabilitation center within a public-private partnership, which would provide medical rehabilitation assistance and services to staff of enterprises and / or organizations of its founders, as well as other citizens on the basis of agreements with the National Health Service of Ukraine.

The author of the dissertation also substantiates the conceptual provisions on the need to strengthen the personnel component of the organizational mechanism of state management of the medical rehabilitation system by making changes to the training of rehabilitation specialists and occupational therapists in health care, in particular on changing the paradigm of educational process from authoritarian pedagogy. The dissertation also improved the organizational mechanism of state regulation of the system of medical rehabilitation rehabilitation and services, which provides for the broad involvement of the All-Ukrainian Medical Society, professional and public associations of medical rehabilitation specialists.

The directions of the state personnel policy in the field of health care, which provide prognostic, organizational, economic and educational components to ensure the process of providing medical and rehabilitation care and services to the population of the state, were further developed in the work.

The author also improved the scientific and theoretical approach to clarifying certain terms that form the categorical and conceptual apparatus of public administration in the field of health care.

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 mechanisms of public administration and self-regulation, namely the legal mechanism with organizational and economic (development and adoption of regulations on organization and carrying out the activities of bodies that exercise control and supervision in the field of health care), as well as with the use of state means of regulatory influence (licensing and certification, standardization, provision of tax and other benefits, etc.). The peculiarities of public administration mechanisms in the field of medical rehabilitation are highlighted.

It is noted that the effectiveness of public administration mechanisms in this area depends on the complexity and simultaneity of their action, ie have the ability to have a synergistic effect on the object of government. The main tasks of the medical rehabilitation subsystem in relation to the national health care system are highlighted: ensuring the maximum possible recovery of the health of an individual in need of medical care or services, as well as ensuring the performance of social functions in society.

Based on the analysis, the main shortcomings of the medical rehabilitation system were identified, namely:

- imperfect regulatory framework;
- inefficient system of public administration;
- poor information on medical and rehabilitation services;
- dispersion of the functions of the medical rehabilitation system between different branch institutions;
- remoteness of rehabilitation centers from consumers of their services;
- corruption risks in the process of registration of preferential provision of services;
- insufficient and obsolete equipment of medical and rehabilitation institutions with the necessary equipment;
- poor awareness of the population about the possibility of receiving medical rehabilitation measures; insufficient staffing (rapid staff turnover).

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 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 analyzed foreign experience gives grounds to suggest the following areas in order to improve the national health care system:

- 1) the quality of medical and rehabilitation care and services;
- 2) personnel planning of the medical rehabilitation system;
- 3) redistribution of investment funds attracted by enterprises and organizations to create / maintain a professional prevention and rehabilitation subsystem, etc. The possibility of implementing and adapting such technologies in Ukraine should be lobbied by the state within the framework of public-private partnership.

Taking into account the scientific and theoretical results of the study, the author's recommendations on the following are proposed for implementation in the practice of public authorities in the field of health care:

- modernization of the current regulatory framework for the provision of medical rehabilitation care and services;
- coordination with international regulations in this area;
- development of the state program of assistance to development of medical and rehabilitation help and services on restoration of the broken or lost functions of an organism of the person.

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

СПИСОК ПРАЦЬ ЗДОБУВАЧА

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. *Особистий внесок здобувачки: визначено основні проблеми та напрями покращання 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. 12–13.

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.

ЗМІСТ

ВСТУП	14
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	22
1.1. Система охорони здоров'я як об'єкт науки державного управління	22
1.2. Категорійно-понятійний апарат дослідження у сфері державного управління системою медичної реабілітації	39
1.3. Кращі світові практики державного регулювання системи медичної реабілітації	47
Висновки до першого розділу	80
РОЗДІЛ 2. ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ	83
2.1. Організаційний механізм державного регулювання у сфері медичної реабілітації	83
2.2. Аналіз нормативно-правового забезпечення процесу державного регулювання системи медичної реабілітації в Україні	92
2.3. Характеристика організаційно-економічного механізму державного регулювання у сфері медичної реабілітації	108
Висновки до другого розділу	117
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ	121
3.1. Сучасні напрями національної політики держави щодо забезпечення надання медичної реабілітації	121

3.2. Модернізація організаційно-правового механізму державного регулювання медичної реабілітації в умовах реформування системи охорони здоров'я України.....	134
3.3. Посилення механізму контролю за дотриманням стандартів якості надання медичної реабілітації	150
Висновки до третього розділу	162
ВИСНОВКИ.....	168
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	172
ДОДАТКИ.....	213

ВСТУП

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 práci 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.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Система охорони здоров'я як об'єкт науки державного управління

Для сучасної системи охорони здоров'я України характерний складний процес її реформування. Глобальні світові виклики, внутрішні кризові явища, неоднозначне сприйняття реформ українським суспільством – усе це сьогодні властиво національній системі охорони здоров'я. Наукову полеміку викликає питання участі/не участі держави в процесах управління в галузі. Жорстке адміністративне управління чи вільне ринкове саморегулювання – який напрям є необхідним цій соціальній галузі?

Акцентуючи увагу на здоров'ї громадян держави як основній меті побудови національної системи охорони здоров'я, потрібно розглянути як економічну категорію людський капітал, здатний суттєво вплинути на соціально-економічний розвиток країни. На сьогодні є потреба в пошуку нових шляхів надання якісної медичної допомоги й послуг, зокрема в системі медичної реабілітації. Удосконалення цього процесу в контексті забезпечення невід'ємного права громадянина на здоров'я сприятиме підвищенню рівня громадського здоров'я, а, отже, і економічного благополуччя в державі.

Відбувається переосмислення категорії «здоров'я» як економічної, управлінської, а не лише медичної. Погіршення стану здоров'я індивідуума призводить до виникнення не лише медико-соціальних проблем, а й економічних (як для індивідуума, так і для держави загалом).

Здоровий, функціонально й психологічно спроможний громадянин здатний забезпечити сталий розвиток держави. Для досягнення цього система охорони здоров'я повинна бути конкурентоспроможною, інноваційною, гнучко й швидко реагувати як на зміни зовнішнього середовища в країні, так і на глобальні виклики. На перший план виходить якість надання медичної допомоги та послуг, у тому числі реабілітаційних. Відповідно ці підсистеми національної сфери охорони здоров'я потребують розробки й упровадження нових механізмів ефективного функціонування в першу чергу.

Роль держави в цих процесах важко переоцінити. Вона повинна консолідувати зусилля всіх зацікавлених сторін у досягненні максимально можливого рівня громадського здоров'я та здоров'я кожного конкретного індивідуума.

С. М. Вовк з посиланням на М. Брайна (M. Briner) пропонує таку сукупність компонентів державного управління сферою охорони здоров'я [25; 286]:

- завдання та власне механізми управління;
- схема управлінської діяльності;
- умови щодо дії механізмів управління;
- визначення та властивості об'єкта управління;
- критерії ефективності управління;
- принципи розвитку управління охороною здоров'я та медичних організацій;
- принципи, функції, засоби та форми механізмів управління;
- види (методи) і типи механізмів управління.

У своїй сукупності компоненти державного управління потребують створення власне механізмів державного управління, а також критеріїв для їх подальшого оцінювання й аналізу. Також звідси впливає необхідність пошуку новітніх способів об'єднання закладів охорони здоров'я, громадських організацій у цій сфері, органів державного управління тощо

для дотримання балансу між державним втручанням у сферу охорони здоров'я та запобіганням втручанню держави як самоцілі існування органів управління (відкинувши природні ринкові регулятори).

Державне управління визначають як «...практичний, організуючий і регуляторний вплив держави на суспільну життєдіяльність людей з метою її упорядкування, зберігання або перетворення, що спирається на її владну силу». Таке визначення категорії «державного управління» подано в словниках-довідниках [110, с. 105; 43, с. 67; 44, с. 138].

Подібне за змістом визначення органу державного управління наведено в «Енциклопедії державного управління»: «орган державного управління охороною здоров'я – це частина державного апарату, яка наділена державно-владними повноваженнями для виконання завдань і функцій держави щодо збереження, зміцнення та відновлення громадського здоров'я» [58, с. 468].

Враховуючи теоретичні роздуми С. М. Вовк, ми виокремили основні характерні ознаки механізмів державного управління, а саме [26]:

- механізми державного управління реалізуються саме в тих системах, де потрібно втручання держави [162, с. 100];
- об'єктом завжди є суспільні відносини, регульовані нормативно-правовими діями, а кінцева мета – зовнішньоорганізаційна діяльність, тобто досягнення того рівня впорядкованості, коли поведінка всіх суб'єктів відповідає нормативним моделям, описаним у законах [152, с. 39];
- група наборів механізмів управління, завдяки реалізації яких виконуються умови діяльності в конкретній суспільній сфері [97];
- організаційно-економічне управління всіма органами виконавчої влади, у тому числі функціональними [133, с. 101];
- кінцевим етапом дії механізмів є здійснення державного контролю як за законністю виконання загальних дій, так і за доцільністю такої суспільної діяльності [46];

– механізми державного управління полягають в організації діяльності всередині галузей (систем) з їх виконання іншими суб'єктами, тобто це внутрішньоорганізаційна діяльність органів державної влади завдяки функціям забезпечення певної системи [162, с. 82].

Державне управління в галузі охорони здоров'я, за визначенням, поданим у посібнику «Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні», це комплекс прийнятих загальнодержавних рішень чи взятих зобов'язань щодо збереження та зміцнення фізичного й психічного здоров'я та соціального благополуччя населення як найважливішої складової її національного багатства шляхом реалізації сукупності політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, культурних, наукових і медичних заходів з метою збереження генофонду української нації, її гуманітарного потенціалу та врахування вимог нинішнього й майбутніх поколінь в інтересах як конкретної людини (особистості), так і суспільства загалом [46, с. 7].

У розумінні С. М. Вовк системні механізми державного управління сферою охорони здоров'я – це визначення наслідків розмежування сутності державного управління медичною галуззю та форм його реалізації суб'єктно-об'єктних відносин для визначення компонентів механізмів державно-управлінської діяльності. Отже, поняття складної системи охорони здоров'я об'єднує в собі такі елементи [25]:

– структуру складної адміністративної системи як форму організації її ланок та рівнів [151, с. 72];

– процеси управління як сукупність операцій, що виконуються за певними нормативно-правовими приписами [12, с. 69];

– методи управління як сукупність засобів впливу складної адміністративної системи на керований нею об'єкт [276, с. 230];

– техніку управління як сукупність технічних засобів для реалізації адміністративних процесів [76, с. 12].

Фахівцями в галузі науки державне управління й суміжних наук напрацьовано низку теоретичних підходів, які в теорії державного управління сферою охорони здоров'я дають змогу виокремити проблемні аспекти в управлінні нею.

Доповнивши наукові розробки українських фахівців, ми можемо зарахувати до сучасних проблем у національній системі охорони здоров'я такі [42, с. 123]:

- значне пришвидшення змін у галузі охорони здоров'я;
- ресурсозбереження;
- екологізацію мислення;
- опосередкований вплив на збереження трудових ресурсів;
- зміну розподілу виробничих сил;
- використання галузевих стандартів;
- демографічні проблеми країни;
- зміну технологічного укладу в закладах;
- адаптацію структур управління;
- спеціалізацію медичної освіти.

Процес державного управління охороною здоров'я за умови сталого режиму державного управління набуває переважно стратегічно-планового характеру. Як свідчить сучасна світова практика, в умовах кризи він «...забезпечується в рамках чинних законів політичної боротьби обмеженням прав і свобод громадян, а також значним звуженням дії механізмів саморегуляції» [250, с. 310].

Варто констатувати, що на сьогодні в українській сфері охорони здоров'я її управлінські проблеми вирішують здебільшого шляхом пошуку державних механізмів покращення належного рівня здоров'я, а не впливу на управлінську компоненту. На цьому, зокрема, наголошено в різних стратегічних документах міжнародного й національного рівнів. У цих документах як основну мету вказано переважно дії та завдання, спрямовані на збереження й зміцнення здоров'я, надання населенню доступної та

якісної медичної допомоги відповідно до рівня технологічного розвитку медичних закладів, реальних потреб населення й з дотриманням принципів рівності та справедливості [27, с. 12; 28, с. 61].

Наприклад, Концепція «Здоров'я 2020: основи європейської політики і стратегії для XXI сторіччя» Європейського регіонального бюро ВООЗ визначає потребу побудови нових систем колективного лідерства в підтримку інноваційних підходів соціальної мобілізації на користь справедливого, сталого та відповідального розвитку системи охорони здоров'я [68]. Загальна мета цієї Концепції – це «...створити нові передумови для політики, здатної значно поліпшити здоров'я і підвищити рівень благополуччя населення, зменшити нерівність щодо здоров'я та забезпечити існування універсальних, соціально справедливих, стійких і високоякісних систем охорони здоров'я, орієнтованих на людину» [68].

За визначенням Талліннської хартії [280], сектор охорони здоров'я має встановлювати співробітництво з іншими секторами за принципом взаємної підтримки й конструктивного партнерства, що забезпечить не лише надання індивідуальних медико-санітарних послуг, а й досягнення загальних цілей суспільства та держави в охороні здоров'я. Сектор охорони здоров'я також є партнером інших секторів, коли зміцнення здоров'я населення може мати позитивний вплив на досягнення їх цілей.

У зв'язку із цим міністерства охорони здоров'я та інституції охорони громадського здоров'я під час формування стратегій, які сприяють зміцненню здоров'я та благополуччя населення, повинні виконувати нові функції – виходити за рамки своїх відомств і просувати стратегії, які сприяють досягненню здоров'я для всіх, у партнерстві за межами сектору охорони здоров'я. Таким чином, нові форми стратегічного керівництва в інтересах здоров'я необхідні в усьому суспільстві та в усій системі державного управління [270, с. 72–73].

Проект Світового банку «Глобальні показники стратегічного керівництва» визначає важливі взаємозв'язки між належним стратегічним

керівництвом і здоров'ям. Згідно із цим документом, як стратегічне керівництво в інтересах здоров'я, так і стратегічне керівництво охороною здоров'я базуються на системі цінностей і принципів, яка називається належним стратегічним керівництвом [312].

Розумне стратегічне керівництво – це «...набір механізмів для досягнення результатів на основі принципів належного стратегічного керівництва» [312]. Дослідники вказують на необхідність комбінованого підходу до стратегічного керівництва в інтересах здоров'я: ієрархічний, розосереджений і колективний. Загалом виділяють п'ять типів розумного стратегічного керівництва в інтересах здоров'я:

- керівництво шляхом співробітництва;
- керівництво шляхом залучення громадян;
- керівництво шляхом поєднання регламентування та переконання;
- керівництво шляхом залучення незалежних закладів та експертних органів;
- керівництво за допомогою адаптованих стратегій, стійких структур та прогнозування.

Згідно з очікуваннями експертів, таке впровадження компонентів розумного керівництва повинно створити умови для покращення рівня здоров'я населення з одночасним підвищенням якості й доступності медичної допомоги та послуг.

Для держави вигідне міцне здоров'я її громадян. При цьому громадські органи охорони здоров'я та міністерства охорони здоров'я все частіше повинні виступати як ініціатори міжсекторальної взаємодії, використовуючи всі механізми й функції, як представники та захисники інтересів здоров'я [68].

До створення й дії власне стратегічного керівництва закликає Всесвітня організація охорони здоров'я у своїй рамковій концепції. Завдяки методології стратегічного керівництва створюються вектори розвитку

національних систем охорони здоров'я. До них можна зарахувати такі основні:

- формування стимулів і критеріїв для поліпшення показників діяльності;
- підвищення підзвітності та прозорості системи;
- повноцінне залучення користувачів медичних послуг до організаційної структури та до керівництва системою охороною здоров'я.

Це допоможе об'єднати наявні ресурси та надавачів послуг з їх користувачами, а також забезпечити здійснення єдиної політики у сфері охорони здоров'я та досягнення національних цілей у ній.

У світовій практиці сьогодні відбуваються процеси переходу від моделі стратегічного керівництва, у центрі якої стоїть держава, до моделі співробітництва, для якої характерною є спільна взаємодія багатьох суб'єктів (центральні, регіональні і місцеві органи виконавчої влади, засоби масової інформації, громадські неурядові організації, економічні суб'єкти, громадяни). Горизонтальне розосередження взаємодій у такій моделі стратегічного керівництва сприяє здійсненню спільних дій у загальних інтересах сектору охорони здоров'я та інших секторів економіки [79].

Як уже було згадано вище, нова концепція стратегічного керівництва в інтересах здоров'я, запропонована ВООЗ, об'єднує й розширює колишні концепції здорової державної політики в рамках більш широких міжсекторальних дій та взаємопов'язаної відповідальності всього суспільства й загальнодержавної відповідальності за охорону здоров'я [68].

Важливим чинником є врахування інтересів охорони здоров'я в усіх стратегіях, які розробляє уряд, а також підвищення відповідальності національного політикуму за досягнення поставлених цілей і виконання поточних завдань.

Указом Президента України від 12.01.2015 № 5/2015 затверджено Стратегію сталого розвитку «Україна-2020». Вона містить чотири головні вектори перспективного розвитку країни [223]:

– вектор розвитку (забезпечення сталого розвитку держави, проведення структурних реформ і, як наслідок, підвищення стандартів життя. Україна має стати державою із сильною економікою та з передовими інноваціями);

– вектор безпеки (забезпечення гарантій безпеки держави, бізнесу та громадян, захищеності інвестицій і приватної власності);

– вектор відповідальності (забезпечення гарантій, що кожен громадянин, незалежно від раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного й соціального походження, майнового стану, місця проживання, мовних або інших ознак, матиме доступ до високоякісної освіти, системи охорони здоров'я та інших послуг у державному та приватному секторах);

– вектор гордості (забезпечення взаємної поваги та толерантності в суспільстві, гордості за власну державу, її історію, культуру, науку, спорт).

У межах названих векторів «Стратегії-2020» до пріоритетних реформ належить системне реформування охорони здоров'я. Так, потрібно створити систему, орієнтовану на пацієнта, здатну забезпечити медичне обслуговування для всіх громадян України на рівні розвинутих європейських держав [223].

Потреба в реформуванні сфери охорони здоров'я передбачена також й іншими стратегічними документами, підписантами яких є наша держава, такими як:

– Проєкт Світового банку «Поліпшення охорони здоров'я на службі людей» [247];

– Меморандум між Україною та Міжнародним валютним фондом про економічну та фінансову політику, укладеним у зв'язку з підписанням чотирьохрічної розширеної угоди в рамках Механізму розширеного фінансування (EFF) Міжнародного валютного фонду (лютий – березень 2015 р.) [103];

– Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 рр. [144];

– інші нормативно-правові акти та програмні документи щодо реформування охорони здоров'я в Україні;

– Угода про асоціацію між Україною та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, яка набула чинності з 01.09.2017 (передбачає посилення співпраці у сфері охорони здоров'я між Україною та Європейським Союзом. Мета – підвищення рівня безпеки та захисту здоров'я людини як передумови сталого розвитку та економічного зростання (глава 22 «Громадське здоров'я»)).

Підсумовуючи сказане, потрібно зауважити, що сфера охорони здоров'я як об'єкт державного управління потребує системних змін, до яких належать [25]:

– розвиток міжсекторальної співпраці та широке запровадження в медичній галузі державно-приватного партнерства;

– поліпшення стану громадського здоров'я шляхом демографічної модернізації та розвитку конкуренції за надання медичних послуг;

– трансформація державного управління власністю в медичній сфері шляхом роздержавлення та приватизації;

– удосконалення механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я з урахуванням основних напрямів медичної реформи та європейських стандартів охорони здоров'я.

Загальновизнано, що досягнення запланованих стратегічних цілей у сфері охорони здоров'я безпосередньо залежить від результативності здійснення державно-управлінського впливу на суб'єктів управління, наявності достатніх ресурсів (матеріально-технічних, фінансових, кадрових тощо), а також від можливості уникнення впливу негативних політичних, економічних, демографічних, технологічних, екологічних та інших чинників.

Зростання потреби в збільшенні обсягів надання медичної допомоги та послуг, у тому числі з медичної реабілітації, зумовлене низкою негативних чинників, таких як:

- швидкі темпи постаріння населення;
- зростання поширеності й зміна захворюваності на переважно хронічні й рецидивні форми;
- зниження рівня рухливості та здорового способу життя.

Ці чинники зумовлюють зростання додаткових витрат на систему охорони здоров'я з боку держави, а отже, трансформаційні зміни в цій системі здебільшого повинні стосуватися організаційного, нормативно-правового та економічного механізмів діяльності.

Важливим механізмом державного управління у сфері охорони здоров'я є інформаційний. Його мету та завдання визначено в Порядку функціонування електронної системи охорони здоров'я, затвердженому Кабінетом Міністрів України з урахуванням вимог законодавства про захист персональних даних, контроль за дотриманням законодавства про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення, відповідальність за порушення законодавства про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення, надання медичних послуг та лікарських засобів [181; 47].

Зрозуміло, що реформування та впровадження суттєвих змін у сфері охорони здоров'я потребує, крім теоретичного обґрунтування, ще й методологічного забезпечення. Тобто необхідно розробити практичні алгоритми дій для органів публічного управління для забезпечення їх консолідованої діяльності в цьому процесі.

Потребують покращення, зокрема, алгоритм «гроші за пацієнтом» (механізм підписання договорів з лікарями), його правове забезпечення, чинні обмеження на кількість пацієнтів, участь медичних сестер у цьому чи потреба додаткового договору тощо. Контроль за дотриманням умов договорів про медичне обслуговування населення, як відомо, покладений на

Національну службу здоров'я. Цей орган виконує функції єдиного замовника медичних послуг. Сьогодні такі договори укладають з усіма державними й комунальними медичними закладам та Національною службою здоров'я, у подальшому це повинно залежати від конкуренції за надання медичних послуг. Хоча це потребуватиме вирішення у зв'язку з дією ст. 49 Конституції України про неможливість скорочення існуючої мережі державних і комунальних закладів охорони здоров'я.

Таким чином, ми розглядаємо реформування системи охорони здоров'я як діяльність, яка пов'язана зі змінами стратегії та інститутів охорони здоров'я, перехід на ринкові важелі регулювання. Власне розвитку ринкових відносин у сфері охорони здоров'я присвячені праці О. Є. Вашева, Б. Е. Волоса, Д. В. Карамішева, З. О. Надюка, І. І. Хожило [22; 29; 31; 55; 140–143; 145; 259] та ін.

Враховуючи результати їх досліджень та наукові розробки інших фахівців, можна стверджувати, що механізми державного управління в системі охорони здоров'я є результатом розвитку медичної допомоги в умовах постійного перманентного процесу реформування національної сфери охорони здоров'я, перебувають під впливом трансформаційних змін в українському суспільстві, а отже, потребують їх модернізації.

Конкретизуючи основну мету системи охорони здоров'я як сукупності взаємодоповнювальних механізмів (правових, економічних, організаційних, мотиваційних, соціальних тощо) і взявши за замовчуванням наявність необхідних для її реалізації ресурсів, необхідними є розробка та реалізація заходів щодо кожного компонента, суб'єкта управління у сфері охорони здоров'я. Для досягнення мети в науковій літературі здебільшого виділяють такі типи завдань [271, с. 116]:

- правові;
- демографічні;
- репродуктивні;
- профілактичні;

- лікувально-оздоровчі;
- діагностичні;
- реабілітаційні.

Організаційно-правовий і організаційно-економічний механізми реалізації цих завдань передбачають атестацію, ліцензування, державну та громадську акредитацію закладів охорони здоров'я, підвищення ініціативності й самостійності медичних установ та організацій [306].

Фінансова політика держави у сфері охорони здоров'я реалізується через фінансово-економічний механізм державного регулювання. Упровадження нового інноваційного фінансового механізму у сфері охорони здоров'я сприятиме оптимізації витрат бюджету, підвищить фінансову захищеність пацієнтів, а також результативність витрат, адже передбачається, що в ідеалі всі рішення в системі охорони здоров'я будуть приймати, виходячи з результативності медичної допомоги й послуг, реабілітації та профілактики. Це також підвищить якість і ефективність наданих медичної допомоги та послуг.

Громадського здоров'я населення держави можна досягнути, спрямовуючи на національну систему охорону здоров'я механізми державного управління шляхом застосування комплексної системи впливів, дій, управлінських рішень як на національному, так і на регіональному рівнях.

Цілком підтримуємо думку І. І. Черленяка, який зазначає, що система механізмів державного управління, у тому числі охороною здоров'я, має три важливих функції [266, с. 27]:

- 1) відтворювати себе як ефективну систему;
- 2) забезпечувати управління розвитком складників держави, суспільства та країни;
- 3) створювати умови для успішного руху країни до нової якості характеристик конкурентоспроможності та соціогуманітарного комфорту.

Оскільки основною метою державного управління у сфері охорони здоров'я є забезпечення гарантованого державою права громадян на медичну допомогу і послуги, то власне в національній системі охорони здоров'я повинна бути реалізована управлінська діяльність держави.

Аналізуючи сучасну систему охорони здоров'я України протягом останніх років, варто зазначити, що, незважаючи на постійні зусилля щодо підтримки галузі, спостерігаються проблеми, які унеможливлюють відповідність системи потребам населення. Це зумовлене, на думку С. М. Вовк, дією досить вагомих чинників, а саме [26]:

- відсутністю системних механізмів державного управління галуззю;
- неефективністю організації медичного обслуговування населення;
- критичним станом лікувальних закладів;
- недостатнім використанням потенціалу медичних закладів недержавної форми власності, а також фізичних осіб-підприємців, які мають ліцензійний дозвіл щодо надання медичної допомоги населенню.

Сфера охорони здоров'я являє собою багаторівневу, розгалужену структуру, яка охоплює велику кількість закладів охорони здоров'я, медичних закладів вищої освіти, науково-дослідних інститутів. Кожен елемент цієї структури належить до різних форм власності й має різне підпорядкування: Верховній Раді України, Кабінету Міністрів України, Міністерству освіти і науки України, Міністерству охорони здоров'я України тощо. У зв'язку із цим існує низка суб'єктів управління, які спираються на певні механізми державного управління, що перебувають у взаємодії та виконують їх функції щодо підпорядкованих об'єктів. Це визначає специфічний характер предмета дослідження, а саме механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я, що впливає із життєвої та соціально-економічно важливої значущості охорони здоров'я як провідної, базової сфери суспільства й держави.

Ґрунтуючись на викладеному вище, можна зробити висновок, що структура механізмів державного управління охороною здоров'я відповідає

складному системному механізму державного управління. Варто зауважити, що системність механізмів стосовно охорони здоров'я визначається сукупністю правил, законів, певних процедур, які регламентують діяльність організацій (механізми функціонування), та сукупністю дій з прийняття управлінських рішень (механізми управління) [143].

Так, З. О. Надюк під механізмами державного управління системою охорони здоров'я розуміє «...сукупність станів і процесів реалізації комплексного впливу держави (шляхом застосування політичних, економічних, соціальних, організаційних і правових засобів, практичних заходів, важелів, стимулів) на суб'єктів національної системи охорони здоров'я» [144]. Для механізму державного управління системою охорони здоров'я, на його думку, характерні функціональні й галузеві особливості, урахування специфічних ознак медичної системи й закономірностей її розвитку [144; 145].

Науковці Д. В. Карамішев [75] та Н. Д. Солоненко [245] зазначають, що механізми державного управління системою охорони здоров'я тією чи іншою мірою стосуються її ресурсного забезпечення, деякі з них мають пряму дію, інші – опосередковану. До перших механізмів належать фінансовий, організаційний, а до непрямих – оплата й соціальний маркетинг. Фінансування, на думку науковців, є одним з найдієвіших механізмів державного управління.

Державно-управлінський інформаційно-організаційний механізм охорони здоров'я в Україні, згідно з І. І. Фуртаком, включає систему уповноважених для цього суб'єктів – органів державного і галузевого управління та системне інформаційно-аналітичне забезпечення їх діяльності [261].

Водночас В. В. Лазоришинець, Г. О. Слабкий, Н. П. Ярош у своїх працях стверджують, що система державного управління охороною здоров'я має у своєму складі суб'єкта (керуючу систему) і об'єкта управління (керовану систему) [45, с. 22; 279].

З метою оцінювання ефективності механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я необхідно врахувати показники ступеня проникнення механізмів впливу суб'єкта системи охорони здоров'я в рівні її об'єкта, а також дослідити властивості систем внутрішньої й зовнішньої взаємодії між механізмами сфери охорони здоров'я.

Механізм державного управління включає низку взаємопов'язаних структур (адміністративний ресурс, сукупність інституціональних, нормативно-правових, організаційних, технологічних, інформаційних та інших елементів), які потрібні для якісного його функціонування.

Загалом власне дія механізмів державного управління може бути спрямована як на самі органи публічної влади, так і безпосередньо на об'єкт управління (заклади охорони здоров'я).

Ґрунтуючись на викладеному вище, потрібно акцентувати на управлінських взаємодіях, які наводить В. І. Луговий у своєму дослідженні:

- вплив сукупності органів державного управління на суспільні процеси;
- взаємодія і вплив кожного з органів державного управління певного рівня один на одного (горизонтальні та вертикальні);
- управлінський вплив усередині кожного органу державного управління як організації.

При цьому взаємодії між суб'єктами державного управління варто поділити на вертикальні (між центральними та регіональними органами влади) і горизонтальні (між суб'єктами центрального рівня; між суб'єктами регіонального рівня) [106, с. 157].

У дослідженні варто використовувати класифікацію складових механізмів державного управління, викладену в працях В. М. Мартиненко [113], В. В. Шафранського [270], Н. М. Федак [257] та ін.

До механізмів державного управління, які пов'язані з функцією держави, належать нормативно-правові, інформаційно-організаційні, соціальні [25]:

- 1) цілепокладання в розвитку суспільства;
- 2) розмежування законодавчих, виконавчих, судових повноважень;
- 3) регулювання доступу політичних сил до управління суспільством; підтримка політичного та державотворчого процесу; балансування локальних, галузевих еліт;
- 4) формування правової системи, політичних та правових інститутів, системи державного управління;
- 5) забезпечення прав окремих громадян та верств населення, законності, порядку, безпеки, певного рівня добробуту; реалізації зовнішніх інтересів і зовнішньої безпеки;
- 6) інституціоналізація певних форм суспільних відносин різного змісту (економічних, соціальних, правових, культурних тощо);
- 7) вироблення ідеології та забезпечення її роз'яснення;
- 8) забезпечення суверенітету й територіальної цілісності.

До механізмів державного управління, які пов'язані з рівнем локалізації у сфері охорони здоров'я (нормативно-правові, інформаційно-організаційні, соціальні, економіко-фінансовий, організаційно-економічний мотиваційні), належать:

- за змістом – прості, комплексні;
- за характером регулювання – стимуляційні, обмежувальні, заборонні;
- за ієрархічною локалізацією – суспільні, централізовані, децентралізовані, органів влади;
- за країною локалізацією – внутрішньодержавні, зовнішні.

До механізмів державного управління, які пов'язані із суб'єктом управління (економіко-фінансовий, організаційно-економічний): механізми управління, які використовують органи законодавчої та виконавчої влади, Президент, органи місцевого самоврядування й територіальна громада.

До механізмів державного управління, які пов'язані з об'єктом управління (нормативно-правові, організаційно-економічні, фінансові,

мотиваційні), належать механізми управління, які впливають на ринок громадського здоров'я, – економічні, адміністративно-правові, соціальні, організаційні, інформаційні, технологічні тощо [26].

Отже, ієрархія механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я є досить складною. Дослідження процесу державного управління у сфері охорони здоров'я як суспільного явища, з одного боку, та як системи – з іншого, дає підстави вважати [266, с. 27], що, згідно із системним підходом, у результаті його функціонування сфера охорони здоров'я матиме певні параметри, вихід за межі яких буде відхиленням від норми, а механізми державного управління у сфері охорони здоров'я будуть мати можливість відтворювати себе як ефективну систему; забезпечуючи процес управління розвитком інститутів держави, суспільства та країни загалом.

1.2. Категорійно-понятійний апарат дослідження у сфері державного управління системою медичної реабілітації

Теоретико-методологічні узагальнення й науково-практичні рекомендації щодо функціонування та вдосконалення механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я були предметом дослідження багатьох українських фахівців. Різні аспекти трансформування та модернізації структур державного управління, характеристики їх організаційної ефективності, механізми формування державно-управлінських рішень та їх політичний вплив, організаційно-правові засади державного управління розглядали В. Д. Бакуменко [11], Б. А. Гаєвський [33], І. О. Жадан [72], П. І. Надолішній [137], Н. Р. Нижник [146], Г. П. Ситник [235] та ін.

Питання здійснення реформ у сфері охорони здоров'я, функціонування механізмів державного управління, їх впливу та взаємодії

висвітлювали Ю. В. Вороненко [32], О. В. Галацан [34], Н. Г. Гойда [37], Д. В. Карамишев [78], М. М. Шутов, В. М. Лобас [57; 105], В. М. Лехан [98–101], Я. Ф. Радиш [7; 91; 224], Г. О. Слабкий [239–241], Н. Д. Солоненко [244] та ін. Засади державного регулювання сферою охорони здоров'я відображено в публікаціях М. М. Білинської [46], Н. П. Кризиної [90–92], З. О. Надюка [143], Н. П. Яроша, В. В. Лазоришинця [45; 279], В. Ф. Москаленко [131; 132] та ін.

Зарубіжний фахівець Ф. Нігро (F. Nigro) сформулював ґрунтовне визначення механізмів державного управління, згідно з яким це «...спільні зусилля певної групи людей у державотворенні; охоплення всіх гілок влади: виконавчої, законодавчої й судової, – а також взаємозв'язок між ними; виконання важливої ролі у формуванні державної політики, а також частина політичного процесу; вони суттєво різняться від приватного управління; тісно пов'язані із численними приватними групами й окремими індивідами в забезпеченні громадських послуг» [293, с. 252].

Українські вчені Л. П. Юзьков [277, с. 78], О. А. Дегтяр [53] розглядають механізми державного управління «...як важливу складову частину, що забезпечує організацію практичного здійснення державного управління», тоді як В. Д. Бакуменко [13, с. 47], Н. Р. Нижник [146, с. 32], В. М. Мартиненко [113, с. 64] і багато інших учених вважають, що механізми державного управління та взагалі саме державне управління – це складне соціальне явище, важливий складник соціально-економічного управління, до якого належить і система охорони здоров'я.

Механізми державного управління в охороні здоров'я є за своєю суттю сукупністю певних інституційно-технологічних інструментів, які системно пов'язані між собою та належать до державного управління. Ми поділяємо думку Г. В. Атаманчука, який наголошує на тому, що механізм державного управління будь якою системою – це «...конструювання логічно обґрунтованих систем, які повинні бути поєднані у вигляді цілісного механізму, який працює на практиці» [9, с. 134].

У монографії «Синергетичні засади державного управління в умовах реформ» за загальною редакцією С. М. Серьогіна зазначено, що в рамках державно-управлінської системи повинні надаватися послуги, які адекватно реагують на потреби громадян і є фінансово справедливими. Відповідальність за загальне функціонування соціальної системи в країні несе уряд, проте важливим є також розумне керівництво в регіонах і окремих організаціях [233, с. 35].

Згідно з поглядами О. Ю. Оболенського, який об'єднує «механізми держави», «державний апарат» і саме «державний механізм», механізми сучасної держави – це «...просякнута єдиним, законодавчо закріпленим принципом, заснована на розподілі влади і наявності необхідних матеріальних придатків система органів державної влади та органів місцевого самоврядування» [43, с. 135].

При цьому Ю. А. Тихомиров вважає механізмом державного управління «...демократичну державну організацію управлінського впливу на суспільні процеси, де повною мірою відображається взаємодія різних елементів управління, що мають ознаки взаємозалежностей та причинно-наслідкових зв'язків» [254, с. 482]. На його думку, система механізмів має включати:

- систему управління;
- соціальні й правові норми;
- способи визначення цілей;
- управлінський процес як цикл дій керівної системи, що послідовно змінюються [254].

Водночас В. Д. Бакуменко, В. М. Князєв розглядають механізми державного управління як «...практичні заходи, засоби, важелі, стимули, за допомогою яких органи державної влади впливають на суспільство, виробництво, будь-яку соціальну систему з метою досягнення поставлених цілей» [44, с. 92]. Вони вважають механізми державного управління комплексною складовою «...системи політичних, економічних, соціальних,

організаційних і правових засобів цілеспрямованого впливу органів державного управління» [44, с. 92].

Інший науковець С. М. Вовк у своїх дослідженнях доходить висновку, що механізми державного управління охороною здоров'я – це «...цілеспрямована просторово-тимчасова структурно-упорядкована і послідовна діяльність органів державного управління щодо впливу на об'єкт управління і надання йому заданого стану» [26].

Ми поділяємо думку О. А. Дегтяря, який у своїй монографії «Державне регулювання розвитку соціальної сфери: концептуальні засади та практика» зазначає, що «...механізми управління – це обов'язкові елементи держави, головні ознаки соціальної системи, які обумовлені унікальною здатністю суспільства пізнавати природну та соціальну дійсність і вже відповідно з цим формувати цілі, організовувати та регулювати свою свідомість, поведінку та діяльність» [53, с. 127].

Дослідниця О. В. Балуська переконана, що система охорони здоров'я – це «...сукупність державних і громадських заходів соціально-економічного характеру щодо організації медичної допомоги, запобігання захворюванням, підвищення рівня здоров'я населення країни» [15, с. 14; 14, с. 11].

Теоретико-методологічні засади механізмів державного управління розкрито в працях провідних українських і закордонних учених у галузі управління: В. Б. Авер'янова [1], Г. В. Астапова [8], Г. В. Атаманчука [9], А. М. Коваль [81], В. С. Коломийчука [84], О. Б. Коротича [88], Р. М. Рудницької [230], А. Барта (A. Barth) [284], К. Кокбарна (K. Kokbarn) [285], Б. Портера і співавторів (B. Porter and al.) [305], Дж. Гаргана (J. Gargan) [295] та ін. Аналіз їх праць дає підстави стверджувати, що складником системи державотворення є механізми державного управління, у межах яких реалізується функція організації державотворчого процесу.

Особливістю сфери охорони здоров'я є те, що вона цілком підпорядкована державі та є компонентом громадського здоров'я. Згідно з Н. М. Добриніним, механізми держави – це «...сукупність усіх структур

держави, що реалізують його завдання й функції. Через механізми держави здійснюється систематичний і безперервний керівний вплив на суспільство, поведінку та діяльність населення, реалізується державна влада, досягаються державні цілі й завдання. Механізми держави – це зумовлена цілями та завданнями держави внутрішньо цілісна система органів і установ. Вони мають складну будову й не зводяться лише до сукупності органів держави або державного апарату» [55, с. 273].

Зауважимо, що в більшості науково-практичних праць сучасних науковців щодо проблематики механізмів державного управління охороною здоров'я основну увагу приділено рівням ієрархії галузі, майже не зроблено акцентів на прогнозуванні реакцій керованої системи на ті або інші керівні впливи [79; 59; 275; 307], а в науково-теоретичних працях, навпаки, досліджено переважно проблематику синтезу оптимальних механізмів управління й моделей реакцій керованої системи на ті або інші дії [21; 85].

Здійснивши контент-аналіз наукової літератури щодо державного управління охороною здоров'я, ми можемо виокремити такі підходи до суб'єктно-об'єктних відносин:

- державне управління сферою охорони здоров'я є механізмом та водночас формою реалізації управління суспільством [106, с. 99; 113, с. 18];

- державно-управлінський вплив на заклад охорони здоров'я обов'язково має організаційний компонент із статичним (структурним) та динамічним (функціональним) проявами. Отже, сфера охорони здоров'я як загальний інститут управління може бути подана як суб'єктна структура, що включає як органи державного управління, так і фінансово-економічні інститути [55; 236–283];

- об'єктами державного управління охорони здоров'я є певні суспільні відносини, з одного боку, а з іншого – відносини в самій організаційній системі [55, с. 11; 282, с. 200; 231, 232, с. 13].

Для кращого сприйняття проблематики цього наукового дослідження варто навести приклади деяких підходів до визначення державного управління охороною здоров'я.

Так, Д. В. Карамишев [77, с. 314], В. М. Лехан [98, с. 70], М. М. Шутов [275, с. 52] та інші наводять визначення державного управління сферою охорони здоров'я як сукупності цілеспрямованих впливів органів державної влади, які діють у межах певних компетенцій соціально-економічної системи, а також впливають на увесь соціальний організм держави з метою його упорядкування, збереження або перетворення. Тобто сутність механізмів державного управління медичною сферою є різновидом соціально-економічного управління, а також особливою соціальною функцією держави, яка виникає з потреб суспільства.

Водночас З. С. Гладун пропонує власне розуміння державного управління в галузі охорони здоров'я: «...діяльність, яка має здійснюватися з урахуванням наслідків, які в коротко- і довгостроковій перспективі можуть впливати на стан суспільства в цілому, при цьому вони зазвичай проявляються не відразу, тому потребують кваліфікованих оцінок та визначення ризиків, які можуть виникати в результаті прийняття неефективних державно-управлінських рішень» [36, с. 79].

Варто зауважити, що українські наукові розробки у сфері механізмів державного управління мають певну невизначеність у чітких критеріях методологічного та теоретичного підходів до сфери охорони здоров'я.

Вважають, що вперше термін «реабілітація» був офіційно використаний на Конгресі, присвяченому питанням власне реабілітації пацієнтів, хворих на туберкульоз, у 1946 р. у Вашингтоні [104]. За іншою версією (О. М. Соколова, Н. О. Васюк, Я. Ф. Радиш, 2015 із посиланням на S. Usyk, 2003 [243; 310]), цей термін у медичній літературі вжито в 1903 р. у книзі Ф. Буса «Система общего попечительства над больными».

У сучасній науковій літературі й у нормативно-правових актах різних рівнів трапляються різні трактування терміна «медична реабілітація». Для кращого розуміння цього процесу проаналізуємо основні з них.

За визначенням Комітету експертів з реабілітації ВООЗ (1963 р.), реабілітація – це процес, «метою якого є запобігання інвалідності під час лікування захворювання і допомога хворому в досягненні максимальної фізичної, психічної, професійної, соціальної та економічної повноцінності, на яку він буде здатний у межах наявного захворювання» [93].

У 1980 р. Комітет ВООЗ дав уточнене визначення медичної реабілітації як активного процесу, метою якого є досягнення повного відновлення порушених унаслідок захворювання або травми функцій, або, якщо це нереально, оптимальна реалізація фізичного, психічного і соціального потенціалу інваліда, найбільш адекватна інтеграція його в суспільстві.

За визначенням Міжнародної організації праці (МОП), під реабілітацією необхідно розуміти відновлення здоров'я осіб з обмеженими фізичними і психічними можливостями з метою досягнення максимальної їх повноцінності з фізичної, психічної, професійної та соціальної позиції. Отже, основним завданням реабілітації є запобігання інвалідності в період лікування хвороби, запобігання ускладненням і погіршенню стану здоров'я в гострий період захворювання [19].

Фахівець із реабілітаційної медицини К. Віннер (1973 р.) дає таке визначення реабілітації: «це цілеспрямована діяльність колективу фахівців у медичному, технічному, фізичному, соціальному, економічному та педагогічному аспектах з метою відновлення здоров'я, нормалізації і зміцнення порушених здібностей людини і повернення її до активної участі в суспільно-трудовій діяльності» [104].

Австралійська медична асоціація експертів із реабілітації під терміном «реабілітація» розуміє процес, який забезпечує найвищий можливий рівень відновлення втрачених із тієї чи іншої причини функцій і

здібностей, якого досягають шляхом розвитку фізичних компенсаторних механізмів і психологічного врегулювання за допомогою медичних, фізкультурних, інженерних, освітніх і професійних служб [19].

У «Великому тлумачному словнику української мови» подано таке визначення медичної реабілітації: комплекс медичних, педагогічних, професійних засобів, спрямованих на відновлення (або компенсацію) порушених функцій організму і працездатності хворих та інвалідів [23]. Там же психологічну реабілітацію визначено як комплекс заходів, що сприяють психологічній підготовці хворого до необхідної адаптації, реадаптації або перекваліфікації при неповному відновленні його професійних навичок [23].

Сучасні українські дослідники пропонують такі трактування терміна «медична реабілітація»:

– суспільно необхідне функціональне й соціально-трудове відновлення хворих та інвалідів, що здійснюється комплексним проведенням медичних, психологічних, педагогічних, професійних, юридичних, державних, суспільних й інших заходів, за допомогою яких можна повернути потерпілих до звичайного життя та праці відповідно до їх стану [93];

– складний багатofакторний процес, який враховує різноманітні, тісно пов'язані й взаємодоповнювані види, серед яких виділяють медичну, фізичну, психологічну, соціальну, професійну, економічну, педагогічну, спортивну, побутову, технічну, оздоровчу та правову реабілітацію [104];

– сукупність заходів, що допомагають особам, які мають або в яких можуть виникнути обмеження життєдіяльності, досягнути та підтримувати оптимальний рівень функціонування у взаємодії з навколишнім середовищем, соціальну інтеграцію та незалежність [220];

– система державних, соціально-економічних, психологічних, медичних, професійних, педагогічних заходів, спрямованих на відновлення здоров'я людини, її працездатності й соціального статусу, яка базується на

біологічних (здатності організму пристосовуватись до певних умов функціонування в результаті компенсаторно-відновлювальних процесів), соціально-економічних (корисності для суспільства праці інвалідів, які мають, як правило, глибокі професійні знання й великий життєвий досвід), психологічних (властивості особистості до відчуття престижу та бажання відчувати корисність і цінність своєї праці), морально-етичних (принцип високого гуманізму, притаманний суспільству) та науково-методичних (сучасні досягнення медицини, тісно пов'язані з досягненнями суміжних наук, розвитком техніки, які забезпечують комплексне вирішення і значний прогрес у відновній та замісній терапії) основах [148].

Враховуючи вищенаведені визначення й тлумачення механізму державного управління системою охорони здоров'я (З. О. Надюк, 2009 р.) [139], під державним управлінням медичною реабілітацією ми розуміємо 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 із забезпечення якнайповнішого відновлення (або максимальної компенсації) втрачених унаслідок дії набутих чинників функцій, здібностей і здатностей індивідуума.

1.3. Кращі світові практики державного регулювання системи медичної реабілітації

Незважаючи на впровадження новітніх технологій у медицину та розвиток науково-технічного прогресу, проблема відновлювального лікування хворих після різноманітних захворювань є відкритою. Саме це лежить в основі медичної реабілітації, роль якої важко переоцінити.

На сьогодні, в умовах високого рівня захворюваності населення та проведення військових дій на сході України, коли щодня число поранених

зростає, медична реабілітація, а саме її впровадження та розвиток, набуває особливої актуальності. Адже її основна мета – це надати своєчасну та ефективну допомогу особам з обмеженими фізичними, психічними чи соціальними можливостями, а також запобігти інвалідності в період лікування хворого. Медичної реабілітації потребують хворі та інваліди внаслідок травм. Тому вирішення проблеми медичної реабілітації в Україні повинно здійснюватися на загальнодержавному рівні з використанням міжнародного досвіду.

Аналіз наукових праць свідчить, що окреслена проблема завжди була і є ключовою в медицині. Однак, зважаючи на широкий спектр внеску науковців, варто визнати, що потребує більш ґрунтовного вивчення зарубіжний досвід у медичній реабілітації з метою впровадження його в Україні.

Феномен поняття «реабілітація» полягає у відновленні здоров'я хворого, яке він втратив унаслідок хвороби, травм чи під дією різноманітних фізико-хімічних чинників. Термін «реабілітація» походить від латинських слів «re-» – відновлення і «habilis» – здатність, тобто «rehabilis» – відновлення здатності (властивостей) [234]. Над вирішенням питань фізичної, психологічної, трудової реабілітації працюють Організація Об'єднаних Націй та її спеціалізовані підрозділи. Що стосується медичної реабілітації, то всі питання, пов'язані з нею, вирішує Комітет експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я з медичної реабілітації, який постійно вдосконалює її цілі та завдання. Саме реабілітація відіграє ключову роль у досягненні стратегічних цілей ВООЗ. Вона дає таке визначення реабілітації: «Реабілітація є сукупністю заходів, покликаних забезпечити особам з порушеннями функцій внаслідок хвороб, травм і уроджених дефектів пристосування до нових умов життя в суспільстві, в якому вони живуть». ВООЗ пропонує комплексне визначення цього поняття, однак, є кілька видів реабілітації: медична, фізична, професійна, трудова,

фізкультурно-спортивна, психологічна, соціальна та психолого-педагогічна, – кожна з яких має своє функціональне призначення (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Класифікація реабілітації в Україні

Види реабілітації	Функціональне призначення
Медична	ЛФК, відновлене лікування, медикаментозні методи, бальнеологія, фізіотерапія
Професійна	Професійна орієнтація, професійне навчання, експертиза професійних здібностей
Трудова	Адаптація у виробничих умовах, оволодіння трудовими навичками для здійснення трудової діяльності
Фізична	Механотерапія, відновлення та розвиток рухових можливостей, лікувальна фізична культура
Фізкультурно-спортивна	Системні заняття спортом, розвиток координації діяльності в усіх системах організму
Психологічна	Психологічна адаптація, корекція психологічних функцій
Соціальна	Навчання до житлово-побутових умов, соціальна допомога, консультаційне інформування
Психолого-педагогічна	Психологічна допомога, психодіагностика, навчально-виховна робота

Джерело: складено авторкою з використанням джерела [243].

Як бачимо, реабілітацію можна розглядати в кількох аспектах: медичному, соціально-економічному та трудовому. Однак, не випадково в переліку видів реабілітації перше місце посідає медична. Саме вона з восьми видів є найважливішою, адже спершу хворого потрібно реабілітувати медикаментозними методами, а пізніше – всіма іншими. На нашу думку, медична реабілітація – це комплекс заходів медикаментозного та лікувального призначення, які спрямовані на відновлення здоров'я хворого й недопущення інвалідності.

Згідно з «Оксфордським словником англійської мови (OED)», термін «реабілітація» має багато визначень. Щодо галузі охорони здоров'я, то

реабілітація – «відновлення (інваліда, злочинця тощо) певною мірою нормального життя шляхом відповідної підготовки» [111].

Словник також посилається на випуск «Ланцету» від 12.05.1888, де можна прочитати, що «маленькі страждальці (тобто діти, які страждають) від незнання чи нехтування батьків приймаються як пацієнти, а їх фізична реабілітація здійснюється якнайкраще» [111].

У наступних документах (Дебати Гансара від палати громад і Вестмінстерського залу) міністр охорони здоров'я Великобританії Малкольм Макдональд (1901–1981) наголошував: «...є ще один аспект про зцілення поранених – чи то військових, чи то цивільних поранених, чи, справді, звичайні випадки нещасних випадків на виробництві, – про що я хотів би згадати, оскільки це роблять повною мірою в службі екстреної лікарні. Це питання особливого значення; справді, це секрет максимально можливого лікування для пацієнта. Це процес, відомий як реабілітація. Недостатньо того, щоб рани загоїлися; поранена частина пацієнта повинна мати можливість функціонувати знову, щоб він ще раз міг відігравати свою роль у суспільстві як працівник. Якщо він не може працювати так само, як він працював раніше, тоді його потрібно обстежити, щоб побачити, яку роботу він міг би виконати, а поранену кінцівку потім навчать виконувати її. Усе це вимагає проведення лікувальних вправ у лікарнях, ігор та занять на відкритому повітрі та в приміщенні, нарешті, семінарів, де можуть проводитися тренування з рухів, необхідних для продуктивної праці. Все, що ми надаємо в дуже великих масштабах. Я призначив радника з питань реабілітації, а також створюю потужний комітет з медичних експертів, щоб заохочувати розвиток цього лікування...» (Дебати Палати громад, 17 жовтня 1940, т. 365, с. 867).

Отже, багато років тому Макдональд підкреслив: хоча морфологічне відновлення було важливим для постраждалих людей, структурне відновлення повинно бути інтегроване шляхом функціонального

відновлення в соціальній та професійній перспективах, щоб належним чином говорити про процес реабілітації.

У 1944 р. було створено Британську раду з реабілітації, і цей заклад визначив реабілітацію як «весь спектр послуг від часу настання інвалідності людини до того моменту, коли вона відновлюється до нормальної діяльності або найближчого можливого підходу до цього» [102].

Інші терміни, пов'язані з реабілітацією, датовано початком ХХ ст., як у випадку з «фізіотерапією», яка є одним із наріжних каменів фізичної реабілітації [103]. «OED» реєструє появу цього слова в англійській мові в 1900 р. в «Медичному словнику WAN Dorland», який визначав фізіотерапію як «використання природних сил, таких як світло, тепло, повітря, вода та фізичні вправи, в лікуванні хвороби» [104].

У 1905 р. у випуску «Британського медичного журналу» від 14 липня повідомлялося, що «перший конгрес фізіотерапії відбудеться у Льєжі 12 серпня», й однією з основних тем цієї новаторської наукової зустрічі була проблема інвалідності [114].

Що стосується інвалідності, то сьогодні Всесвітня організація охорони здоров'я розглядає її як загальний термін, «...що охоплює порушення, обмеження діяльності та обмеження участі. Порушення – це проблема функції або структури тіла; обмеження діяльності – це труднощі, з якими стикається особа при виконанні завдання або дії; тоді як обмеження участі – це проблема, з якою стикається людина при участі у життєвих ситуаціях» [105].

У стародавньому західному світі інваліди були виключені із соціального життя. У Стародавній Греції інвалідність була подолана лише шляхом її повного усунення, а з огляду на те, що хворобу вважали покаранням, яке божества приписували людям через їхні помилки та гріхи, лише повне фізичне, психічне та моральне відновлення могло повернути інвалідів у суспільство «нормальних» людей [106]. У літературних джерелах задокументовано це ставлення минулого, а гомерівські вірші,

зокрема, вказують на те, що подальша інвалідність, як правило, не передбачалася при важких ураженнях тіла [107]. Насправді в «Іліаді» велика кількість поранених, в основному солдатів, померла незабаром після поранення, тоді як інші з фізичними ураженнями швидко одужали, зокрема, якщо вони були авторитетними особами або героями, які відновили здоров'я та фізичну форму завдяки благодійним втручанням дружніх божеств. Хронічні стани, характерні для сучасного суспільства та медицини, дуже рідко описували в грецьких літературних творах і медичних трактатах, а люди із серйозними каліцтвами тіла зникали як з літературних віршів, так і з усього суспільства.

Велика когнітивна та операційна зміна парадигми відбулася завдяки батьку західної медицини Гіппократу Косському, який між п'ятим і четвертим століттями до народження Христа почав розглядати фізичні травми та клінічні захворювання як природні явища [108].

Для Гіппократа навіть так звана священна хвороба (епілепсія) була органічним явищем, яке потребувало емпіричних та раціональних втручань з боку людських лікарів, покликаних якомога більше відновити фізичну цілісність постраждалих і хворих за допомогою відповідної дієти та правильного фізичного навантаження [107; 109].

Рухова активність, фізичні вправи та навіть спорт вважали дуже важливими в Стародавній Греції, що підтверджують Олімпійські ігри. Розгляд фізичного виміру людського життя був значним, зокрема для солдатів та спортсменів, тренери яких приділяли велику увагу своїм дорогоцінним суглобам і м'язам, використовуючи мануальну медицину та полегшувальний масаж, у терапевтичній та реабілітаційній перспективі [110].

Поява християнства в середземноморському просторі привела до чергової принципової зміни парадигми. Людей з важкими вадами часто описували в Євангеліях, де вони також ставали об'єктами зцілень. Ця дивовижна реабілітація була як фізичною (глухі могли справді чути після

дива), так і духовною, оскільки реабілітовані особи, такі як прокажені, змогли знову повноцінно взяти участь у цивільному суспільстві того часу. Ті самі Євангелія виховували солідарність, співчуття та участь щодо бідних та хворих інвалідів, включаючи сліпих, глухих і кульгавих, на основі моральних та духовних спонукань у християнській перспективі.

У Римі протягом перших століть нашої ери великі лікарі переконувались у важливості маніпуляцій, масажу та гімнастики [111; 112]. Римський енциклопедист і автор тексту «De Medicina» («Про медицину»), Авл Корнелій Цельс у I ст. н. е. і лікар і філософ Гален з Пергаму у II ст. н. е. писали про різні втручання для здійснення медичної реабілітації (навіть якщо це конкретне слово не було використано), зокрема після нещасних випадків, що сталися під час щоденної трудової діяльності та як наслідок військових конфліктів.

У своїх численних трактатах Гален також встановив чіткий зв'язок між загальною гігієною та лікувальною терапією, а фізична активність була основним елементом обох. Оскільки римляни були великими завойовниками, а їхні військові походи за кордон тривали роками, навіть десятиліттями, фізична цілісність та функціональна ефективність солдатів мали для них велике значення [114; 130].

У середні віки правильні та регулярні рухи, відповідний відпочинок залишалися загальними наріжними каменями здорового способу життя, присвяченого лікуванню патологічних станів та оздоровленню в разі консолідованих захворювань [118].

Однак у період Відродження, між XV і XVI ст. н. е., загальні ідеї, що функціонують для профілактики захворювань та збереження здоров'я, дедалі більше стають технічними поняттями, спеціально орієнтованими на реабілітацію людей з обмеженими можливостями. Прогрес у вивченні анатомії людини й систематичне розуміння медичної ролі фізичної активності та фізичних вправ були типовими для цього часу, і дві фігури добре відображають два шляхи, анатомічний та кінетичний, завдяки яким

медична реабілітація стала перетворюватися на певну дисципліну в другій половині XV ст.

Брабантський анатом і лікар Андреас Везалій (1514–1564) опублікував у 1543 р. свою фундаментальну книгу «*De humani corporis fabrica*» («Про тканину людського тіла»), тоді як італійський лікар та греко-латинський учений Ієронім Меркуріаліс (1530–1606) надрукував у 1569 р. його знаменний текст під назвою «*De Arte Gymnastica*» («Мистецтво гімнастики») [118; 124].

У своїй книзі Везалій запропонував органічний і систематичний підхід до анатомії людини, а кілька років потому Меркуріаліс визначив «медичну гімнастику» як специфічну профілактичну практику для дорослих та здорових людей, як цілеспрямоване терапевтичне втручання для літніх і хворих людей, як спеціальний реабілітаційний інструмент для осіб з обмеженими можливостями будь-якого віку.

Ще в XVI ст. французький хірург-цирульник Амбруаз Паре (1510–1590) зробив важливий внесок не тільки в галузі хірургії та судово-медичної патології, а й у вивчення догляду за ранами та воєнних каліцтв, надаючи таким чином подальші медичні послуги – хірургічний фон для розвитку клінічної реабілітації [115].

Під час своєї діяльності з постраждалими солдатами Паре описав біль, якого зазнали ампутовані, негативне відчуття у «фантомній» ампутованій кінцівці. Паре був упевнений, що фантомний біль виникає центрально в мозку, а не периферично в ампутованій кінцівці. Ця інтуїція відкрила шлях для подальшого комплексного розвитку клінічної реабілітації, яка протягом наступних століть усе більше і більше враховувала як неврологічний аспект інвалідності, так і ортопедичний, доповнюючи синергетичну дію.

Також потрібно згадати, що Паре зазвичай вважають винахідником протезів кінцівок. У Середньовіччі протези для людей, які постраждали під час боїв, були важкими та незручними пристроями, часто виготовленими з

металу. Паре розробив легшу механічну руку, що управляється засувками та пружинами, тим самим відкриваючи шлях до зручніших для користувачів пристроїв з дерева та шкіри.

XVII століття вважають століттям «наукового методу», оскільки в цей період у західному світі переважає кількісний систематичний підхід до вивчення біологічних явищ, а точне чисельне вимірювання природних явищ набуває поширення. У цьому столітті так звана «ятромеханіка», медична течія, спрямована на пояснення фізіологічних подій в організмі людини в механічному аспекті, стала широко привілейованою. Одним з головних її представників був італійський фізіолог і математик Альфонсо Бореллі (1608–1679) [134].

Відповідно до вчення Галілео Галілея, А. Бореллі перевіряв свої гіпотези спостережень і досяг відповідних наукових результатів у галузі біомеханіки тварин та людини. Його дослідження щодо скорочувальних рухів м'язів були важливими для вивчення закономірностей нормальної кінетики людини, забезпечуючи концептуальну та практичну основу для розуміння невпорядкованих і патологічних схем руху у хворих та інвалідів. Навіть якщо його праця «*De Motu Animalium*» («Про рух тварин») була надрукована посмертно (1680-1), цей текст, разом із дослідженнями данського анатома Нільса Стенсена (1638–1686), відкрив шлях у XVIII ст. до розуміння динаміки людського руху.

У XVII ст. інтерес до функціонування людського тіла з урахуванням особливостей схем руху швидко набув поширення в Європі, і перші структуровані рекомендації щодо медичного лікування осіб із захворюваннями, що безпосередньо включають рухи тіла, стали відомі в основному завдяки представникам франкомовної школи. У двадцятих роках французький письменник і лікар Ніколя Андрі де Буа-Ресен (1658–1742) встановив міцний зв'язок між м'язово-скелетним апаратом та фізичними вправами, а у своєму знаменитому тексті «*Traité d'orthopédie*» («Трактат з

ортопедії», 1741) він представив цей новий термін міжнародному медичному співтовариству [116].

Дисципліна, яку й сьогодні називають ортопедією, була фундаментальною для розуміння правильних вправ, функціональних для медичної реабілітації. У своїй книзі Андрі також стверджував, що фізичні вправи здаються найкращим способом збереження здоров'я.

Приблизно через сорок років швейцарський лікар Йозеф Клемент Тіссо (1747–1826), піонер у галузі медичної та хірургічної гімнастики, опублікував свою працю «*Gymnastique Médicinale et Chirurgicale*» («Медична та хірургічна гімнастика», 1780), в якій він проілюстрував медичні переваги, пов'язані зі своєчасною мобілізацією хірургічних пацієнтів.

Раніше, навпаки, постільний режим вважали переважно опорою післяопераційної терапії та відновлення [117]. Крім того, Й. К. Тіссо дав точні вказівки для клініко-реабілітаційного лікування хворих на геміплегію, і тому сьогодні багато авторів вважають його книгу першим органічним трактатом, спеціально присвяченим функціональній реабілітації.

У XVIII ст. лікувальна гімнастика супроводжувала вже доступні форми гімнастики, включаючи спортивну та військову. Більше того, німецькі автори розробляли нові освітні гігієнічні моделі гімнастики. Зокрема, педагогічну запропонував учитель та вихователь Йоган Фрідріх Гутс-Мутс (1759–1839).

У 1793 р. він опублікував свій текст «*Gymnastik für die Jugend*» («Гімнастика для молоді»), який вважають першим систематичним підручником з гімнастики [16]. «Шведську гімнастику», у свою чергу, активно пропагував шведський учитель медичної гімнастики та фізіотерапевт Пер Хенрік Лінг (1776–1839), який був переконаний у сприятливому впливі структурованої фізичної активності на різні захворювання людини. Генрік Лінгу довелося боротися проти опозиції лікарів свого часу, які не були готові до систематичних рекомендацій щодо

фізичних вправ, відмінних від простих масажів і легких фізичних навантажень [110].

Поступове утвердження медичної реабілітації як вирішального інструменту для функціонального відновлення хворих та осіб з обмеженими можливостями не було, як можна зрозуміти зі сказаного, прямим процесом; у будь-якому разі з Х. Лінгом історія реабілітації входить у ХІХ ст.

За вісімнадцять сторіч вивчення нервової системи значно розширилося. Дослідники з усієї Європи почали системно розглядати пропріоцепцію. Сьогодні добре відомо, що пропріоцепція – це сприйняття твариною подразників щодо своєї пози, положення в просторі та рівноваги [119].

Ця концепція сформульована в праці шотландського анатома й невролога Чарльза Белла (1774–1842), який уперше виокремив руховий та чутливий нерви. Він заклав основи для вивчення взаємозв'язку між мозком, нервовою системою та м'язами, відкрив шлях для розуміння механізмів зворотного зв'язку, які сьогодні видаються настільки важливими для успіху реабілітаційних процесів.

Робота німецького невролога Йоганнеса Карла Ейгена Альфреда Гольдшайдера (1858–1935) над соматосенсорною системою зробила важливий внесок у роз'яснення людського пропріоцептивного апарату й дозволила досягти в кінці століття концепції «рух-освіта», запропонованої французьким неврологом Фулженс Раймондом (1844–1910).

Ця концепція мала першочергове значення для управління інвалідами та була функціональною для розробки різних реабілітаційних методик у ХІХ ст. [120].

На початку ХХ ст. в загальній лікарні штату Массачусетс (США) було засновано одне з перших медико-механічних відділень, яке називали кімнатою Зандера. У цій кімнаті розміщувалося багато машин та інструментів, а згодом вона була збагачена засобами УФ-терапії та

гідротерапії. Апарати кімнати Зандера – інструменти, що підтримували виконання рухів людського тіла в перевиховній перспективі [121].

У XIX ст. фактично біомедичні технології набули експоненціального розвитку, поширення певних захворювань, таких як поліомієліт, спонукало до розробки протезів та пристроїв, корисних для глобальної реабілітації людей, інвалідів через хвороби.

Ще одним основним джерелом інвалідності у XX ст. стала Друга світова війна. Велика кількість поранених та понівечених солдатів призвела до введення перших реабілітаційних підрозділів до складу військових госпіталів. Американський лікар Говард А. Раск (1901–1989) був справжнім піонером у цій галузі. Його Програма підготовки реконвалесцентів армії (1942) була спрямована на комплексну реабілітацію й враховувала фізично-індивідуальні, нейропсихологічні та професійно-соціальні особливості.

Тому багато істориків медицини вважають Говарда А. Раска батьком реабілітації в США [20]. За кілька років (1938) було створено Товариство лікарів з фізичної терапії, а роком пізніше американський лікар Френк Х. Крузен (1898–1943) запропонував термін «фізіатр».

Тим часом у Європі прогрес медичної реабілітації пішов у напрямі подальшого вдосконалення реабілітаційних методик і пропонування нових та оригінальних підходів. Лікар Карел Бобат (1906–1991) та його дружина Берта (1907–1991), фізіотерапевт, розробили інноваційну стратегію реабілітації людей з інвалідністю через розлади центральної нервової системи [126].

Метою реалізації концепції Bobath було стимулювання рухового навчання для належного та ефективного моторного контролю, одночасно сприяючи функціональному відновленню та активній участі. Концепція Bobath стверджувала, що в повному реабілітаційному лікуванні пацієнта брали участь усі особи, пов'язані із самим пацієнтом, від його родини до опікунів, від медичних спеціалістів до інших медичних працівників, щоб гарантувати лікування, продовжене протягом цілого дня, на кожен день.

У XIX ст., як уже було зазначено, фізична медицина інтегрувала визначення клінічної реабілітації, визначаючи її цілі та сфери застосування, які варіюють від тестування функцій організму до полегшення болю та від навчання найрозумнішим стратегіям для завершення основних видів діяльності до поліпшення рухливості, гнучкості та міцності [119]. З 1850-х рр. філософія структурованого руху зазнала поштовху, і швидка мобілізація хірургічних пацієнтів за відсутності протипоказань стала одним із наріжних каменів реабілітаційного післяопераційного лікування [122–124].

Це особливо стосувалося серцевої реабілітації, багатогранної та чітко сформульованої клінічної стратегії, спрямованої на запобігання судинній смертності, захворюваності та інвалідності, зміцнення здоров'я пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями.

За останні десятиліття кардіологічна реабілітація стала багатовимірним процесом, який застосовують не тільки в лікарнях, а й в амбулаторіях та вдома, щоб поліпшити психологічне благополуччя та соціальне відновлення серцево-судинних пацієнтів.

Отже, вагомою причиною започаткування медичної реабілітації стала Перша світова війна, що призвела до великих втрат серед населення та поранених осіб, які потребували медичної реабілітації. У медицині щодо осіб із фізичними обмеженнями термін «реабілітація» стали вживати з 1918 р., коли в Нью-Йорку організували Інститут Червоного Хреста для інвалідів.

Підходи й ідеологія реабілітації еволюціонували. Так, у 40-х рр. XX ст. найбільшу увагу приділяли спостереганню за хворими та постраждалими, з 1950-х рр. посилювалося переконання щодо інтеграції інвалідів у суспільство, у 1970–1980-х рр. цей напрям був спрямований на адаптацію зовнішнього середовища до осіб із фізичними обмеженнями та вирішення проблеми професійної адаптації. Усі ці процеси сформували модель реабілітаційної медицини, що базується на показнику якості життя,

де хворий оцінює своє фізичне, психічне та соціальне благополуччя [94; 109; 122].

Важливе значення для впровадження та подальшого розвитку медичної реабілітації має освіта. Саме вона є фундаментом зародження медичної реабілітації. В Україні медична реабілітація не розвинута, насамперед, через те, що у медичних закладах вищої освіти відсутня спеціальність «Медична реабілітація». І лише не медичні ЗВО можуть пропонувати спеціальність «Фізична реабілітація».

На сьогодні це одне з перших і найболючіших проблемних питань та один з гальмівних чинників на шляху до розвитку медичної реабілітації в Україні. У країнах Євросоюзу медична реабілітація є окремою, незалежною медичною спеціальністю, яка сконцентрована на просуванні фізичного та когнітивного функціонування, активності (у т. ч. поведінки), участі (включаючи якість життя) і модифікації особистісних та зовнішніх (середовище) чинників. Спеціалісти з медичної реабілітації у своїй роботі базуються на цілісному підході до осіб із гострими й хронічними станами, наприклад, із м'язовоскелетними та неврологічними проблемами, після ампутацій, із дисфункцією тазових органів, кардіореспіраторною недостатністю й порушеннями внаслідок хронічного болю чи раку. Лікарі-реабілітологи працюють у різноманітних установах – від гострих блоків до суспільних закладів. Вони використовують спеціальні діагностичні інструменти та з реабілітаційною метою застосовують засоби, що включають фармакологічні, фізичні, технічні, освітні й професійні втручання [122].

Варто визнати, що українська медицина гостро потребує фахівців з медичної реабілітації. Саме через те, що впроваджена медична реабілітація до системи охорони здоров'я, медицина США та Європи значно ефективніша, ніж наша. Ці країни менше витрачають на сферу охорони здоров'я, оскільки, заклавши хоча б 1 долар у реабілітацію, Європа та США отримують економію до 20 доларів завдяки заощадженню витрат системи

охорони здоров'я. Це можна пояснити тим, що на Заході хворий після операції не лежить 7–14 днів у палаті й не займає ліжку, не витрачають кошти на його харчування, як це відбувається в Україні, його направляють до реабілітаційного відділення, де з ним працює лікар-реабілітолог лише 2–3 години на день. Крім того, науково доведено: якщо людина 3 тижні не займається реабілітацією, а просто лежить, вона втрачає близько 30–40% своїх функціональних можливостей, і реабілітологу на пізніших термінах важче працювати.

У Європі та США в кожній лікарні є великі реабілітаційні центри, де працюють висококваліфіковані лікарі-реабілітологи. Хворого на 3–4-й день після операції направляють туди. Це значно спрощує лікування, економить час хворого й приводить до швидшого одужання. В Україні хворий після довготривалого перебування в лікарні, сам повинен собі шукати реабілітолога.

Доволі цікавим є досвід упровадження медичної реабілітації в країнах Балтії, реформування якої розпочалось ще 20 років тому. На сьогодні медична реабілітація функціонує за європейським зразком і набула форми мультидисциплінарної моделі. Зауважимо, що країни Балтії починали майже в тих самих умовах, у яких зараз перебуває Україна. Саме тоді реабілітаційну медицину не відокремлювали як самостійну наукову галузь, не було таких понять, як «фізичний терапевт», «ерготерапевт» тощо.

В основі перебудови старої системи реабілітації було створення реабілітаційних центрів європейського зразка. Основною причиною для переходу на новітню форму медичної реабілітації в Латвії стала гостра потреба в ній для дітей із церебральним паралічем. Їх лікували, однак не виліковували через відсутність високоспеціалізованих лікарів-реабілітологів.

Реформа реабілітаційної системи розпочалася з освіти майбутніх фахівців. Адже курси підвищення кваліфікації не можуть дати гарних результатів. Тому реабілітологи дістали можливість учитись у закладах

вищої освіти медичної спеціальності та на практиці підтверджувати свої знання.

Реформу реабілітаційної системи в країнах Балтії підтримувала сама держава. На її реалізацію було виділено значне фінансування. Що ж стосується Латвії, то реформування відбулось і наблизило її реабілітаційну медицину до європейської.

На сьогодні в Латвії функціонують дві системи – санаторно-курортна й нова мультидисциплінарна. У всіх санаторіях створені мультидисциплінарні команди, які ефективно надають послуги з медичної реабілітації, однак, поряд із ними ще залишилися лікарі старої системи. Держава виділяє кошти на впровадження нової методики медичної реабілітації, однак, якщо пацієнт хоче користуватися старими методами, це не заборонено, проте такі послуги хворий оплачує самостійно [255].

Медична реабілітація має давню традицію в Польщі й базується на міжнародно визнаній моделі реабілітації, яку розробили професори Віктор Дега, Адам Груца, Казімера Мілановська та Маріан Вайс.

Ця модель базується на чотирьох принципах: ранній старт, повнота, усебічність та безперервність реабілітаційного процесу. Це було схвалено Регіональним європейським бюро ВООЗ у 1970-х рр. Реабілітаційну допомогу надають переважно в секторі охорони здоров'я, фінансується вона НФЗ. Реабілітаційну допомогу також надають у секторі соціальної допомоги, у цьому разі її фінансує соціальна служба – фонди безпеки (ZUS та KRUS) та Державний фонд реабілітації осіб з інвалідністю (Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON)).

Реабілітацію можна поділити на медичну реабілітацію та санаторно-курортне лікування в санаторно-курортних лікарнях і санаторіях, які пропонують послуги з реабілітації на основі природних терапевтичних ресурсів, таких як термальні води або кліматотерапія. І медична реабілітація, і санаторно-курортне лікування входять до кошика з гарантованим обсягом медичної допомоги. Лікування в санаторній лікарні,

як правило, є продовженням лікарняного, а пацієнти з менш важкими станами перебувають у санаторіях максимум 28 днів, проходячи принаймні три фізіотерапевтичні процедури на день. Санаторно-курортне лікування також доступне в амбулаторних умовах і триває від 6 до 18 днів.

Для доступу до реабілітаційної допомоги потрібне направлення від лікаря, який уклав контракт з NFZ. В амбулаторних або домашніх умовах надають консультації лікарі, які спеціалізуються на реабілітації або інших суміжних галузях, таких як ортопедична хірургія, травматологія та ревматологія, залежно від обстановки й типу необхідного догляду. Вони планують схеми реабілітації та можуть давати направлення на фізіотерапію або санаторно-курортне лікування.

NFZ фінансує різні схеми реабілітації залежно від обстановки й стану пацієнта, цілком або частково відшкодовує певну реабілітаційну допомогу: лікування, обладнання та допоміжні засоби. У 2018 р. 1,16 млн осіб пройшли медичне лікування й цикли реабілітації в амбулаторних умовах, 176 896 – у денному догляді, 189 705 – у стаціонарних умовах, тоді як 1772 особи користувалися послугами реабілітації вдома.

Пацієнти, які перебувають у санаторіях, повинні покрити свої транспортні витрати та частину витрат на проживання та харчування. Час очікування на місце в лікарні санаторію становить приблизно 3–4 місяці, а в санаторії – 12–18 місяців. Пацієнти можуть стежити за наявністю місця в списку очікування на вебсайті NFZ. У 2009 р. було 266 здравниць у Польщі, підпорядкованих міністерствам охорони здоров'я, національної оборони та управлінню внутрішніх справ. Загалом у них було 40–100 ліжок, з них 30% – у санаторно-курортних лікарнях, 70% – у санаторіях. Їх розподіл нерівномірний і пов'язаний з геологічними та кліматичними характеристиками їх розташування. У 2019 р. бальнеотерапією та іншими методами лікування в санаторіях, що фінансуються NFZ, користувалась 353 091 особа. Більшість цих пацієнтів (273 854) проходили лікування в санаторіях.

Аналіз національних рахунків охорони здоров'я демонструє, що витрати (державні та приватні) на реабілітацію значно нижчі, ніж витрати на медичну допомогу. У 2018 р. витрати на реабілітаційну допомогу становили менше ніж 3,5% витрат на охорону здоров'я. У жовтні 2010 р. NFZ представив JPG при стаціонарній неврологічній та кардіологічній реабілітації, диференціюючи витрати за різними категоріями пацієнтів і таким чином досягнув більш справедливого відшкодування збитків.

Метою цього заходу було покращення якості та доступності різних видів реабілітаційної допомоги. У 2019 р. NFZ уклав контракти з 2439 постачальниками медичної реабілітації.

Географічний розподіл цих постачальників є нерівномірним і спричиненим суттєвими відмінностями в часі очікування (вони сильно відрізняються залежно від функції або типу постачальника).

Гарний приклад регіональних диспропорцій у доступності послуг з кардіологічної реабілітації. В Опольському воєводстві понад 75% усіх пацієнтів, які мають гострі коронарні стани або перенесли кардіохірургічні втручання, були реабілітовані в 2018 р., але ця частка була нижчою за 40% у всіх інших воєводствах.

Послуги реабілітації для тих, кому загрожує стати повною мірою або частково непрацездатним, і тих, хто, ймовірно, одужає після реабілітації, фінансуються ZUS та KRUS. ZUS фінансує реабілітацію з 1996 р. в межах своєї Програми запобігання пенсіям по інвалідності та має контракти з близько 60 реабілітаційними центрами на рік, щоб забезпечити наявність таких послуг. У 2019 р. послугами медичної реабілітацією скористались 73 389 пацієнтів завдяки фінансуванню ZUS. Програма реабілітації KRUS існує з початку 1990-х рр. й охоплює реабілітацію опорно-рухового апарату та серцево-судинної системи. Щороку її проходять приблизно 14 000 пацієнтів на рік.

ПФРОН – цільовий фонд, який фінансує переважно професійну та соціальну сфери, а не медичну реабілітацію людей з обмеженими

можливостями та підтримує їх (повторне) працевлаштування. Він фінансується за рахунок цільових обов'язкових внесків від роботодавців, які мають щонайменше 25 штатних працівників, але не можуть досягти необхідного рівня зайнятих людей з інвалідністю (6% від загальної кількості працівників). У 2009 р. 65 300 осіб отримали гранти ПФРОН на покриття перебування в реабілітаційних центрах та санаторіях.

Якість і доступність реабілітаційних послуг для осіб з інвалідністю в Польщі значною мірою залежить від місця їх проживання, обізнаності та готовності лікаря, наполегливості пацієнта в пошуку допомоги. Зусилля спрямовані на покращення доступності реабілітаційних послуг шляхом пошуку системного вирішення проблем. Стандартів для медичної реабілітації ще не розроблено. Основні вимоги до постачальників на сьогодні визначаються положеннями про гарантований державою мінімальний обсяг медичної допомоги та укази Президента NFZ. У 2010 р. Настанови з медичної реабілітації підготував національний консультант з медичної реабілітації у співпраці з Польським реабілітаційним товариством і Комітетом з питань реабілітації, фізичного виховання та соціальної інтеграції від Польської академії наук. Якщо ці рекомендації приймає Міністерство охорони здоров'я, то вони можуть стати основою для розробки стандартів реабілітаційної допомоги.

Доказів щодо якості реабілітаційних послуг у Польщі недостатньо. Відсутність необхідного фінансування для розвитку інфраструктури та модернізації закладів медичної реабілітації є однією з основних проблем у цій галузі. Приватизація здравниць була введена як потенційне вирішення цієї проблеми в 1998 р. (коли державні здравниці були перетворені на приватні компанії) і була посилена в 2009 р.

Однак вплив цих заходів на доступність, ефективність та якість приватизованих санаторіїв ще не проаналізовано.

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

стандарту. До Основного Закону ФРН у 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 в Конституції Німеччини немає вимоги щодо надання переваги або сприяння інвалідам для встановлення однакових умов життя й однакових шансів.

Питання соціального захисту інвалідів регулюють такі нормативні документи:

- Декларація про права інвалідів (1971 р.) (надає всім громадянам право на реабілітацію та інтеграцію в нормальне життя);
- Закон «Про інвалідів» (1974 р.);
- Закон «Про одноманітність заходів з реабілітації» (1974 р.);
- Закон «Про сприяння інвалідам у користуванні суспільним транспортом» (1979 р.);
- Закон «Про боротьбу з безробіттям серед інвалідів» (2000 р.);
- Закон «Про працю осіб з обмеженою фізичною спроможністю»;
- Закон «Про сприяння при працевлаштуванні»;
- Закон «Про вирівнювання послуг з реабілітації»;
- Закон «Про соціальну допомогу»;
- Закон «Про важких інвалідів»;
- Федеральна програма зайнятості осіб з важким ступенем інвалідності;
- Кодекс соціального законодавства.

Ці документи містять юридичні норми щодо забезпечення прав інвалідів і їх реабілітації, у т. ч. гарантій їх виборчого права, навчання,

освіти, користування суспільним транспортом, спеціального устаткування робочих місць, поліпшення їх становища на ринку праці, зниження безробіття цієї категорії населення.

Ідеологія реабілітації в Німеччині будується згідно з Міжнародною класифікацією функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ), яку застосовують і в Україні. Безумовно, підходи до визначення поняття «інвалідність» у Німеччині та Україні різні.

У Німеччині людей, які мають хронічні захворювання більше ніж 6 місяців, вважають інвалідами, тому в цій країні, за даними ВООЗ, 11–12% населення – інваліди. Однак потрібно враховувати, що поняття «інвалідність» як таке відсутнє. Таких осіб називають «неповносправними громадянами» – *behinderter Menschen* (*das Neunte Buch des Sozialgesetzbuches*, 2011).

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

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

Згідно з Кодексом соціального законодавства, особливу увагу держава приділяє реабілітації інвалідів і заходам раннього виявлення хвороби з використанням усіх доступних засобів для максимально можливого залучення їх у повноцінне життя суспільства, усунення або зменшення наслідків захворювання.

На початковому етапі реабілітації інвалідам, як правило, надають послуги медичного характеру: застосовують лікувальну гімнастику і спорт, масаж, особливу терапію з урахуванням характеру інвалідності. Активно розробляють проблеми реабілітації хворих і інвалідів літнього віку, створені

оптимальні структури геріатричної реабілітації, яку можна визначити як комплекс фізіотерапевтичних, санітарно-освітніх заходів, групової психотерапії, власне заходів реабілітації, соціального консультування для осіб похилого віку.

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

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

Щодо дитячого населення, то необхідність проведення реабілітації тієї чи іншої дитини визначають вихователі дитячого садка, шкільний чи сімейний лікар.

Збір та обробка заяв на медичну реабілітацію проводяться організовано. Після встановлення діагнозу й підтвердження потреби в реабілітації лікуючий (домашній) лікар робить заявку, в якій обґрунтовує амбулаторну або стаціонарну форму її проведення. Заявка подається на затвердження до лікарняних кас, які здійснюють фінансування реабілітації, або інших організацій, що фінансують, приватних страхових компаній. Іноді для підтвердження медичної заявки на проведення реабілітації необхідно отримати додатковий висновок медичних експертів.

Якщо заявка оформлена правильно, дається згода сторони, що фінансує, і спонсор визначає, до якої реабілітаційної установи має потрапити хворий. У пацієнта (або в батьків дитини) є право вибору реабілітаційного центру, проте його враховують не завжди, особливо коли вартість реабілітації в центрі занадто висока (у середньому 1 день перебування в онкологічному реабілітаційному центрі коштує 220 євро,

1 день стаціонарної реабілітації в дитячому реабілітаційному центрі – 110 євро). Пацієнт не платить нічого, крім цього, здійснюються витрати й на особу, яка супроводжує.

Амбулаторний варіант реабілітації застосовують для людей, які мешкають далеко від реабілітаційних центрів, що розташовані зазвичай у невеликих містах або на околицях великих міст, тому що займають великі площі (у середньому 8 га). Діти дошкільного віку проходять курс реабілітації з батьками. Іноді батьки супроводжують і дітей-школярів, якщо в тих є важкі наслідки захворювання й проведення реабілітації без присутності батьків неможливо.

Реабілітація здійснюється в стаціонарних і амбулаторних медичних установах і так званих денних клініках. До стаціонарних установ належать реабілітаційні центри, реабілітаційні відділення, відділення великих лікарень, санаторно-курортні організації. При цьому перевагу віддають, по можливості, амбулаторному способу лікування. Реабілітаційні центри для дорослих призначені для реабілітації хворих з наслідками травм, захворюваннями шлунково-кишкового тракту, онкологічними захворюваннями, психосоматичними розладами тощо.

Спеціалізація реабілітаційних центрів залежить від етапу реабілітації. У реконвалесцентному й постконвалесцентному періодах відповідно до стадії захворювання (підгостра чи хронічна) виявляється переважання обсягу медичної чи професійної реабілітації в центрі, тому існують реабілітаційні центри двох рівнів.

Реабілітаційний центр першого етапу практично являє собою реабілітаційну клініку, куди госпіталізують хворих у підгострому стані й де переважає медична реабілітація. Одночасно з медичною реабілітацією існують майстерні, зали для навчання роботи на комп'ютерах, кухні, де хворі отримують елементи соціально-побутової й професійної реабілітації. Центри першого етапу здебільшого є спеціалізованими за профілем медичної реабілітації: ортопедичні, неврологічні тощо.

У реабілітаційних центрах другого етапу проводять широку програму з відновлення професійних здібностей інваліда, його навчання й перенавчання, здобуття нової професії та працевлаштування. Медична реабілітація представлена потужним комплексом служб, особливо фізичної, соціально-побутової й рекреаційної терапії, а також реабілітаційно-інженерною службою.

До центрів другого етапу зазвичай потрапляють важкі хворі, які потребують здобуття навичок незалежного життя – хворі з ортопедо-травматологічною патологією, з важкими неврологічними захворюваннями, ЧМТ чи спинномозковою травмою, наслідками інсультів, поліомієліту, після ампутації кінцівок тощо. У Німеччині близько 200 медичних центрів спеціалізуються на реабілітації таких захворювань, як ревматизм, хвороби серця й судин, діабет тощо, та 19 спеціальних реабілітаційних центрів (на 3200 ліжко-місць).

Медичні центри реабілітації організовують за місцем проживання. Під час реабілітації використовують метод опитування та клінічного обстеження, психотерапію, природні фактори, голкорексфлексотерапію, масаж, лікувальну фізкультуру, заняття зі здорового способу життя. У центрах виготовляють протези, надають ортопедичні й інші допоміжні засоби. Варіантами організації центрів реабілітації є центри, що здійснюють тільки медичну або тільки професійну реабілітацію, а також суміщають обидва види реабілітації.

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

Крім реабілітаційних центрів існують лікарні, які працюють як реабілітаційні клініки, і, навпаки, при реабілітаційних клініках є відділення

лікарень. Фахівці пропонують розміщувати реабілітаційні клініки в курортних зонах і перетворювати їх на центри здоров'я.

Наприклад, у реабілітаційній клініці для онкологічних хворих «Парацельс» (м. Бад-Гандерштейн) основне завдання реабілітації хворих – дати їм можливість включитися в життя. Підкреслюється, що звичайне лікування та медична реабілітація – це різні, але взаємопов'язані підходи, і чим менша питома вага лікування, тим більше місця повинна займати медична реабілітація. Дуже важливе значення має психологічна реабілітація, зокрема робота хворого з психологом, соціологом.

Однією з найвідоміших у Німеччині є реабілітаційна клініка Макса Грундіга (Max Grundig Klinik) – невелика приватна клініка (на декілька десятків місць), розташована високо в горах. Основу лікувального процесу в ній становить комплексний підхід до проблеми відновлення фізичного й душевного здоров'я, який полягає в послідовному веденні пацієнта в трьох основних напрямках: профілактика, первинна терапевтична допомога, реабілітаційно-відновне лікування. У клініці проходять лікування та реабілітацію переважно люди середнього й старшого віку з поєднаною патологією (деколи важкою). Поширена також така форма реабілітаційного обслуговування, як денні профілакторії та лікарні для хворих з хронічними захворюваннями й інвалідів, що не потребують безперервного добового нагляду.

Для реабілітації дітей у Німеччині функціонують близько 100 центрів. Багато уваги приділяють реабілітації дітей із цукровим діабетом, надмірною вагою, бронхіальною астмою. Варто відзначити високу ефективність «шкіл діабету» й «астма-шкіл», у яких дітям розповідають про суть і причини захворювання, методи боротьби з ним.

Дитина за час перебування в центрі проходить 10 занять за програмою «школи діабету», 6 занять із правильного збалансованого харчування та 4 заняття з психологом. Крім того, дітям рекомендовано

виявляти максимальну рухову активність. У багатьох дитячих клініках ліфти відключені й вітається гасло: «Реабілітація – це не відпочинок».

Контроль якості у сфері медичної реабілітації здійснюється шляхом анкетування хворих під час виписування з реабілітаційного центру. 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 поділяють на громадські (близько 54% всіх лікарняних ліжок), благодійні (фінансуються некомерційними організаціями, такими як Червоний Хрест, або із церковних бюджетів; близько 38% ліжок) та приватні (невеликі клініки, які діють за принципами комерційних підприємств; близько 8% ліжок).

Певний інтерес становлять і шляхи реалізації права на реабілітацію іншою стороною – лікарняною касою. Створені об'єднання лікарняних кас.

Система страхування нараховує 70 млн осіб (усього в державі проживає 80 млн), працюють 350 страхових компаній. Кожна людина віддає до лікарняної каси приблизно 13,5% зарплати, ще стільки ж вносить роботодавець. Однак зі зростанням доходів людини підприємству стає не вигідно платити настільки високі внески до лікарняних кас, тому, якщо річний дохід працівника перевищує 40 тис. євро, він повинен додатково страхуватися у приватних страхових компаніях або цілком переходити на договір із приватною компанією. Оплата реабілітації пенсіонерів та дітей здійснюється за рахунок лікарняних кас. Договір між центром реабілітації та лікарняною касою укладають на 1 рік.

Звернімось також до досвіду Франції. Першим законодавчим кроком із соціального захисту громадян у Франції стало запровадження страхування від нещасних випадків на виробництві та захисту від інвалідності. Високого соціально-політичного значення медична

реабілітація набула в період Першої світової війни, яка спричинила величезну кількість жертв. Стрімко зросла потреба в медичній реабілітації, тому що поранені солдати повинні були в найкоротші терміни повернутися на фронт. Після війни для забезпечення інвалідів, постачання їх протезами було організовано Міністерство ветеранів війни, країні потрібна була робоча сила для відновлення післявоєнного господарства.

Ще одним наріжним каменем у становленні реабілітації у Франції стала епідемія поліомієліту в 1950 р. Країні довелося організувати реабілітаційну допомогу хворим і забезпечити їх подальше існування в разі тяжких наслідків захворювання. Медична реабілітація оформилася в самостійну галузь медицини. У 1965 р. були вперше сформульовані й представлені громадськості цілі та концепції медичної реабілітації. Основним законодавчим документом медичної реабілітації у Франції є додаток № 22 до Декрету від 09.03.1956, який містить детальні директиви щодо структурної та кадрової комплектації реабілітаційного лікувального закладу.

Конкретне визначення поняття «реабілітація» містить Кодекс суспільної охорони здоров'я: «Відновне лікування або реабілітація – це особливий захід для пацієнтів, які потребують послідовного лікування з метою реінтеграції». У 1991 р. первинне позначення *reeducation* було замінено терміном «*soins de suite ou de readaptation*». Основне термінологічне позначення реабілітації по-французьки відповідає терміну «*soins de suite ou de readaptation*» («відновлювальне лікування або реабілітація»).

За змістом і структурою реабілітація у Франції є складником госпітальної медицини та вважається новою гілкою в розвитку медицини. Медична реабілітація у вузькому розумінні слова позначається як «*reeducation et readaptation fonctionnelles*». Французька термінологія, з одного боку, не дає чітких критеріїв розмежування медичного забезпечення госпітальної та реабілітаційної ланки, як це існує в Німеччині, з іншого – не

робиться відмежування й від курортної медицини. Більше того, під реабілітацією розуміють і просто лікувальну гімнастику. До заходів медичної реабілітації належать також психологічні, виховні методи й елементи превентивних заходів у формі консультаційної та роз'яснювальної роботи.

На систему реабілітації впливають особливості організації системи охорони здоров'я Франції загалом, 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 й 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;
- в цілому значущість медичної реабілітації у Франції невисока.

Збору та обробки заяв на медичну реабілітацію, як це організовано в Німеччині, у Франції не проводять. Виняток становить призначення лікування з реабілітаційного сектору з боку лікарів, які мають приватну практику. У такому разі до структур державного медичного страхування подають письмову заявку про його реалізацію, протягом наступних 10 днів приймається рішення. Якщо протягом цього терміну позитивна або негативна відповідь не отримана, то рішення вважається позитивним, і лікарняна каса пацієнта зобов'язана покрити вартість призначеного лікування. Інший випадок, коли подача письмових заявок обов'язкова, – призначення амбулаторного реабілітаційного лікування клінічними лікарями.

Проведення медичної реабілітації на підставі рішення страхових структур, як це роблять у Німеччині, у Франції не передбачено. Особливих передумов для реалізації медичної реабілітації з боку застрахованих немає. При цьому 90% усіх реабілітаційних заходів призначають і проводять у госпітальних лікувальних закладах. У спеціалізованих центрах реабілітації реалізуються лише 10% заходів, які призначають в основному лікарі, які мають приватну практику.

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

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

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

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

Лікарні державного сектору й приватні клініки, які працюють за договорами з державною медичною страховкою, фінансуються із секторальних і регіональних бюджетів, причому кошти розподіляються на

підставі регіональних планів охорони здоров'я спеціальними агентствами з урахуванням вартості ліжка-дня.

Вартість ліжка-дня у французьких реабілітаційних відділеннях порівняно з Німеччиною висока й становить від 168 до 369 євро. При цьому вона варіює залежно від типу реабілітаційного відділення та виду переважного захворювання. Так, у Центрі медичної реабілітації в Рібовіллі для лікування ортопедичних та ревматологічних захворювань вартість ліжка-дня – 214 євро.

Усього у Франції близько 380 спеціалізованих реабілітаційних клінік, які мають переважно нейрохірургічний, пульмонологічний, кардіологічний профіль або проводять лікування опікових хворих, хоча реабілітаційне лікування, як правило, малодиференційоване за показаннями, і більшість ліжок призначена для загальної реабілітації. Більшість клінік загальної реабілітації проводить лікування ортопедичних, травматологічних та неврологічних захворювань. Відновлювальне лікування в лікарнях не має відмінностей від реабілітації.

Кількість ліжок, що використовують для медичної реабілітації, у різних регіонах країни варіює від 170 (на Корсиці) до 876 (у Шампані). Найбільша кількість реабілітаційних ліжок (4500 одиниць) у регіоні Рона-Альпи. Загальновизнаною є нестача ліжок для проведення ранньої реабілітації у відділеннях лікарень, що характеризує низьку значущість цих заходів.

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

Штатна комплектація центру або клініки залежить від напрямку їх роботи. Керівник реабілітаційного центру призначає лікаря реабілітаційної медицини. У Франції близько 700 лікарів цього профілю. Кількість інструкторів лікувальної гімнастики розраховують з відношення до кількості пацієнтів – приблизно 1 до 10, ерготерапевт – з відношення 1 до 25. В основній масі вік реабілітантів у Франції перевищує 60 років, і переваги в користуванні пільгами медичної реабілітації мають чоловіки й жінки старші від 60 років.

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 і розваг), що не завжди дотримується.

Сьогодні в державі відбувається громадське обговорення значущості медичної реабілітації, при цьому звертають увагу на дефіцит фінансування реабілітаційних центрів і клінік. Власники приватних клінік також скаржаться на недостатнє фінансування, яке визначає окружний префект. Проблема полягає в тому, що при низькому фінансуванні реабілітації згортається лікувальний потенціал, і лікування зводиться до простого догляду без прагнення до реінтеграції реабілітантів.

Рентабельність багатьох клінік не гарантована, оскільки структури медичного страхування, що фінансують реабілітацію, планують згортання доплат, що при споконвічно високій оплаті лікування роблять медичну

реабілітацію практично недоступною. Причиною планованих скорочень є, крім дефіциту бюджету, низька якість реабілітаційного лікування.

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

Громадське обговорення, яке стосується майбутнього системи реабілітації у Франції, зачіпає проблеми забезпечення інвалідів та осіб, які потребують постійного догляду. Усі послуги реабілітації, як і медичного забезпечення в цілому, для цієї групи осіб з 1997 р. передані від структур державного медичного страхування до регіональних управлінь (департаментів), які не справляються з покладеними на них обов'язками. Оскільки страхування необхідного догляду за зразком Німеччини у Франції не існує, є проблема забезпечення необхідними засобами осіб, які потребують постійного догляду. Місць у доступних за ціною будинках інвалідів недостатньо, тому реабілітаційні відділення заповнені хворими цієї групи й не можуть використовуватися за прямим призначенням.

Єдиною фінансовою структурою медичної реабілітації у Франції є медичне страхування. Воно належить до системи загального соціального страхування й охоплює до 80% населення; інша частина населення включена до численних розрізнених особливих та автономних систем страхування. Місячні внески до лікарняних кас становлять 13,55% від бруutto заробітної плати, причому 12,8% припадає на працівника і 0,75% – на роботодавця. Конкуренції серед лікарняних кас, як у Німеччині, не існує, тому що всі вони належать до єдиної Національної лікарняної каси, за винятком невеликих лікарняних кас у рамках особливих і автономних систем медичного страхування певних професійних груп.

Договірні відносини між лікарняними касами та ринком медичних послуг перебувають під значним контролем з боку держави. Лікарняним касама визначений перелік обов'язкових медичних послуг, і вони не можуть вільно пропонувати медичні послуги на свій розсуд. Лікарняні каси

отримують 2/3 бюджету із Соціального фонду «*contribution sociale generalisee*». Рівень власної фінансової участі пацієнтів в оплаті лікування високий і становить при амбулаторному лікуванні 30%, при стаціонарному – 20% усіх витрат (для порівняння: у Німеччині або Австрії – лише 8%).

Існує також мережа приватних медичних страховок, які пропонують додаткове страхування власних доплат за лікування (*mutuelle*). Приблизно 84% французів мають таку додаткову страховку, яка частково фінансує витрати на власні доплати за стаціонарне чи амбулаторне лікування. Однак 16% населення не мають ні додаткового приватного страхування, ні звільнення від власних доплат з причини малих доходів і отримують найчастіше тільки засоби соціальної допомоги (*aidemedicale*).

Хронічні хворі можуть бути звільнені від доплат, але тільки при витратах на лікування основного захворювання; лікування ж супутніх захворювань від доплат не звільняється. Звільнені від доплат жертви та інваліди війни, постраждалі при нещасних випадках на виробництві, вагітні, особи, які отримують допомогу по інвалідності або перебувають у будинках інвалідів, діти з вродженою інвалідністю, а також пацієнти з тривалими хронічними захворюваннями, до яких належить, наприклад, розсіяний склероз. Доплати не стягуються за стаціонарне лікування після хірургічних операцій, якщо тривалість перебування в стаціонарі перевищила 30 днів, або воно пов'язане з виробничим травматизмом.

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

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 до української системи. 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 констатування потреби в розробці власної системи державного управління наданням медико-реабілітаційної допомоги й послуг населенню України з ухилом обережним упровадженням окремих ефективних елементів зарубіжних моделей.

Висновки до першого розділу

Система охорони здоров'я загалом і система медичної реабілітації зокрема є надзвичайно широкою сферою державного управління. Функціонування органів управління і закладів охорони здоров'я перебуває в тісному взаємозв'язку з діяльністю практично всіх інших сфер життя держави. Ефективна діяльність системи медичної реабілітації потребує значного інфраструктурного, матеріально-технічного й кадрового забезпечення. Це є комплексною державною проблемою, а не лише галузевою.

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 ст. 13 Закону України «Про реабілітацію з інвалідністю в Україні» № 2961-IV від 06.10.2005 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;
- є) трудової реабілітації;
- ж) 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.

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 керівною 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, як 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.

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 до української системи. 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 констатування потреби в розробці власної системи державного управління наданням медико-реабілітаційної допомоги й послуг населенню України з украй обережним упровадженням окремих ефективних елементів зарубіжних моделей.

РОЗДІЛ 2

ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ
МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ2.1. Організаційний механізм державного регулювання у сфері
медичної реабілітації

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, на нашу думку, призводить до нестачі координації між названими владними інституціями. У Міністерстві охорони здоров'я України в складі управління медико-соціальної допомоги населенню створений відділ медичної реабілітації, паліативної та хоспісної допомоги і сектор санаторно-курортного лікування. Науково-методичний супровід функціонування системи медичної реабілітації здійснюють різні науково-дослідні установи.

З 01.01.2018 набув чинності Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» № 2002-VIII. Цим законодавчим актом внесено зміни до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» щодо визначення терміну «медична послуга».

Нагадаємо, що, згідно з офіційним визначенням, «послугою з медичного обслуговування населення (медичною послугою)» є «...послуга, що надається пацієнту закладом охорони здоров'я або фізичною особою-підприємцем, яка зареєстрована та одержала у встановленому законом

порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та оплачується її замовником». Таке визначення медичної послуги, на нашу думку, не є коректним з погляду медико-реабілітаційної діяльності. Адже медико-реабілітаційні послуги можуть надаватися і надаються також у готельно-курортних закладах, хоча останні не є закладами охорони здоров'я.

До закладів охорони здоров'я належать санаторно-курортні заклади – «...заклади охорони здоров'я, що забезпечують надання громадянам послуг лікувального, профілактичного та реабілітаційного характеру з використанням природних лікувальних ресурсів курортів (лікувальних грязей та озокериту, мінеральних та термальних вод, ропи лиманів та озер, природних комплексів із сприятливими для лікування умовами тощо) та із застосуванням фізіотерапевтичних методів, дієтотерапії, лікувальної фізкультури та інших методів, дієтотерапії, лікувальної фізкультури та інших методів санаторно-курортного лікування» (ст.1 Постанови КМ України «Про затвердження Положення про санаторно-курортний заклад» № 805 від 11.07.2001) [199, ст. 1].

До санаторно-курортних закладів, згідно із чинним законодавством, належать такі заклади [30, с. 120]:

- санаторії;
- санаторії-профілакторії;
- пансіонати з лікуванням;
- бальнеогрязелікарні;
- бальнеологічні лікарні;
- бальнеофізіотерапевтичні відділення;
- курортні поліклініки.

Зауважимо, що, відповідно до цього положення, у санаторно-курортному закладі можуть утворюватися такі реабілітаційні відділення [199, ст. 9]:

- для лікування хворих, які перенесли інфаркт міокарда, страждають від нестабільної стенокардії;

- для лікування хворих, які страждають від хронічних захворювань органів дихання;

- для лікування хворих, які страждають від глаукоми на фоні цукрового діабету;

- для лікування осіб, які перенесли вірусні гепатити;

- для лікування осіб, які перенесли мозкові інсульти;

- для лікування осіб, які перенесли оперативні втручання на органах травлення;

- для лікування осіб, які перенесли оперативні втручання на магістральних судинах серця;

- для лікування осіб з наслідками опіків;

- для лікування жінок з патологією вагітності;

- тощо.

Тобто перелік реабілітаційних відділень у санаторно-курортних закладах цим переліком не є обмеженим і, за потреби, може бути доповнений. Основні правові норми автономізації закладів охорони здоров'я встановлені Законом України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я», що був прийнятий 06.04.2017 [171].

Іншим важливим кроком, який надав більшої самостійності закладам охорони здоров'я, стало припинення дії наказу МОЗ України № 33 щодо регламентації штатного розпису лікарень.

Міністерством охорони здоров'я України розроблено спеціальні «Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства» [118]. У цих методичних рекомендаціях, на виконання Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення

законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» № 2002-VIII розроблено такі заходи:

- механізм перетворення закладу охорони здоров'я із бюджетної установи у підприємство, що передбачає оптимізацію штату та чисельності працівників закладу охорони здоров'я, варіанти вирішення кадрових питань щодо працівників реорганізованого закладу охорони здоров'я;

- удосконалення системи оплати праці персоналу комунального некомерційного підприємства;

- механізм бюджетного фінансування закладу охорони здоров'я, який був перетворений у підприємство: реалізація фінансування згідно з договором про медичне обслуговування населення; здійснення фінансування з місцевого бюджету у межах програмно-цільового методу (за бюджетною програмою); здійснення фінансування з місцевого бюджету шляхом надання фінансової підтримки;

- пошук додаткових джерел фінансування закладу охорони здоров'я, які не заборонені законодавством, що має статус підприємства;

- особливості оподаткування закладів охорони здоров'я, які мають статус комунальних некомерційних підприємств.

Зауважимо, що ці методичні рекомендації враховують норми Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 06.04.2017, які стосувалися створення спостережних та опікунських рад. На сьогодні вони перестали бути актуальними й потребують активного доопрацювання. Це пов'язане з початком дії Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII [181].

У табл. 2.1 наведено перелік чинних санаторно-курортних закладів у розрізі регіонів, у яких надають санаторно-курортні послуги потерпілим (особам з інвалідністю) унаслідок нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання.

Перелік чинних санаторно-курортних закладів у розрізі регіонів, у яких надають санаторно-курортні послуги потерпілим (особам з інвалідністю) унаслідок нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання [73]

№	Регіон (область) розташування санаторно-курортного закладу	Назва санаторно-курортного закладу
1	2	3
1	Вінницька область	ДП «Клінічний санаторій «Авангард» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»
2	Волинська область	ВОС «Лісова пісня» КП Санаторій «Пролісок»
3	Дніпропетровська область	ТОВ «Санаторій «Курорт Орлівщина» ДП «Санаторій «Славутич» імені Б. В. Пашковського» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця» ТОВ «Санаторій «Сонячний»
4	Донецька область	ДП СКРЦ «Слов'янський курорт» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»
5	Житомирська область	КП ЖОЛСЦРЗ «Дениші»
6	Закарпатська область	ТОВ «Готіс» Санаторій «Гірська Тиса» ДП «Клінічний санаторій «Карпати» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця» ТОВ «Велнес-Карпатія» Санаторій «Карпатія» ПП «Джерело-2» Санаторій «Орлине Гніздо» ДП «Санаторій «Поляна» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця» ДП «Санаторій «Сонячне Закарпаття» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця» ДП «Санаторій «Шаян» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»

1	2	3
7	Запорізька область	ТОВ «Санаторій Арктика» Клінічний санаторій «Бердянськ» Філія ПрАТ «Приазовкурорт» Клінічний санаторій «Великий Луг» Філія ПрАТ «Приазовкурорт» Санаторій «Кирилівка» Філія ПрАТ «Приазовкурорт» «Клінічний санаторій «Лазурний» Філія ПрАТ «Приазовкурорт» Санаторій «Нафтохімік України» ПП «Курорти Приазов'я» ТОВ «Санаторій «Нива»
8	Івано-Франківська область	ДП «Санаторій «Черче» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»
9	Київська область, м. Київ	ДП «Клінічний санаторій «Жовтень» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця» ДП «Санаторій «Конча-Заспа» ЦМРСЛ «Пуца-Водиця» ТОВ «Санаторій-профілакторій «Діброва» ДП «Санаторій «Україна» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця» Спеціалізований клінічний санаторій «Перемога»
10	Кіровоградська область	КП «Знам'янська обласна бальнеологічна лікарня»
11	Луганська область	ТОВ «Новопсковський санаторій «Перлина»
12	Львівська область	Санаторій «Алмаз» ТОВ «Українська готельна група» ПрАТ «Санаторно-готельний комплекс «Дніпро-Бескид» ДП «Санаторій «Моршинкурорт» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця» ДП Санаторій «Джерельний» Санаторій «Кристал» ТОВ «Українська готельна група»

1	2	3
		ДП «Санаторій «Кришталевий Палац» ДП «Санаторій «Любінь Великий» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця» Санаторій «Нафтуса Прикарпаття» Відокремлений підрозділ «Оздоровчо-лікувальний комплекс «Ровесник» Державного підприємства «Львіввугілля» Підприємство «Стожари» ГОІ «Велес» Підприємство «Санаторій «Східницькі Карпати» ДП «Санаторно-курортний лікувальний центр «Шкло» ПП «Ярина» санаторій «Конвалія»
13	Миколаївська область	ТОВ «Санаторій «Борисфен» Санаторій-профілакторій «Інгул» ДП «Миколаївський суднобудівний завод»
14	Одеська область	Клінічний санаторій «Аркадія» (військова частина 1489) ДПС України ПП ЛОК «Біла акація» ТОВ «Золота нива» ДП «Клінічний санаторій ім. Горького» «ПрАТ «Укрпрофоздоровниця» ДП «Клінічний санаторій ім. Пирогова» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця» Санаторій «Одеса» СБУ Санаторій МРЦ «Одеський» ДП «Південь-Курорт-Сервіс» Санаторій «Орізонт» ТОВ «Примор'я» (санаторій імені Сергія Лазо) Санаторій «Салют» ТОВ «Багатопрофільний санаторій «Сартус»
15	Полтавська область	Відділення філії ПрАТ лікувально-оздоровчих закладів «Миргородкурорт» Санаторій «Полтава» Відділення філії ПрАТ лікувально-оздоровчих закладів «Миргородкурорт» Санаторій «Миргород» Відділення філії ПрАТ лікувально-оздоровчих закладів «Миргородкурорт» Санаторій «Березовий гай» Відділення філії ПрАТ лікувально-оздоровчих закладів «Миргородкурорт Санаторій «Хорол»

1	2	3
16	Рівненська область	ОП Санаторій «Червона калина»
17	Сумська область	ТОВ «Санаторій «Токарі»
18	Тернопільська область	ТОВ «Санаторій «Барвінок» офтальмологічний санаторій»
19	Харківська область	ДП «Клінічний санаторій «Курорт Березівські мінеральні води» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця» ДП «Клінічний санаторій «Роща» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»
20	Херсонська область	ДП «Санаторій «Гопри» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця» ДП «Санаторій для дітей з батьками «Скадовськ» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця» ПБП «Паритет» Санаторій «Чайка
21	Хмельницька область	ДП «Санаторій «Збруч» ПрАТ «Укрпрофоздоровниця» АТ «Мотор Січ» ВП санаторій «Райдуга»
22	Черкаська область	ПрАТ «Санаторій «Мошногір'я»
23	Чернівецька область	–
24	Чернігівська область	Менський санаторій «Остреч»

Розподіл санаторно-курортних закладів по території України є вкрай нерівномірним. Більшість таких закладів зосереджена у Львівській, Одеській, Дніпропетровській областях. Чернівецька область єдина не має власних санаторно-курортних закладів, які надають медико-реабілітаційну допомогу й послуги потерпілим (особам з інвалідністю) унаслідок нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання.

У засобах масової інформації та на офіційному сайті Міністерства охорони здоров'я України в червні 2020 р. була оприлюднена інформація про те, що МОЗ України розпочало розробку та затвердження новітніх державних стандартів надання медичної допомоги. Чинний міністр охорони здоров'я України М. Степанова наголосив: «...Зараз ми виправляємо помилки у плануванні медичної реформи, допущені попереднім

керівництвом МОЗ. Здійснюється детальна експертиза всієї медичної інфраструктури, метою експертизи є визначення спроможності та ефективності госпітальної мережі. *Міністерство розпочало розробку і затвердження нових державних стандартів надання медичної допомоги із залученням науковців та провідних фахівців галузі* (виділено нами. – І. Б.). На основі отриманих даних МОЗ розробить справедливі тарифи, за якими буде здійснюватися фінансування галузі у 2021 р. Нові тарифи ґрунтуватимуться на ринкових заробітних платах для працівників галузі та якісних стандартах надання медичних послуг. Із 2021 р. фінансування відбуватиметься з урахуванням того, що ми маємо реформувати медицину, щоб високоспеціалізовані медичні заклади діяли в тих умовах, де можливий їхній розвиток. Адже якщо вони розвиватимуться, то і якість медицини, якої ми всі так прагнемо, буде підвищуватися. Наша головна мета – створити ефективну медичну систему, де лікарі працюють у гідних умовах і отримують гідну заробітну плату, а пацієнти – якісну допомогу» [129].

Результати аналізу організаційної роботи міністерства як центрального органу виконавчої влади у сфері охорони здоров'я викликають стурбованість рівнем професійної компетенції керівництва міністерства, адже загальновідомо, що стандарти надання медичної допомоги повинні апріорі бути в процесі постійного оновлення, і до цього процесу обов'язково залучаються науковці й провідні фахівці галузі.

Незрозумілою також є теза очільника міністерства щодо ґрунтування нових тарифів, за якими буде здійснюватися фінансування галузі охорони здоров'я у 2021 р., на *якісних* стандартах надання медичних послуг. Звідси випливає, що старі стандарти (міжнародні стандарти, за якими здійснюється надання медичної допомоги й послуг у всьому світі і які є перекладені та адаптовані до національних умов) є неякісними.

2.2. Аналіз нормативно-правового забезпечення процесу державного регулювання системи медичної реабілітації в Україні

Медична сфера України чи не найпроблемніша з усіх сфер та одна з тих, яка найбільше потребує досконалого реформування. Особливу увагу потрібно приділити медико-реабілітаційній допомозі. Ця проблема набула актуальності з 2014 р., з початку російської агресії, коли в Україні стало все більше людей, які потребують реабілітації. Запорукою ефективного реформування будь-якої сфери є досконала нормативно-правова база. У цьому сегменті Україні потрібно багато змін та напрацювань. Адже для вітчизняного законодавства характерні недосконалість, неефективність, незрозумілість та часта зміна окремих статей.

Нормативно-правову базу щодо медицини аналізувало багато науковців. На особливу увагу заслуговують праці з проблем нормативно-правового забезпечення медико-реабілітаційної допомоги таких учених, як: В. В. Лазоришинець, Г. О. Слабкий, Н. П. Ярош, Л. А. Чепелевська, М. В. Шевченко, А. С. Кутуза, О. М. Ціборовський, С. В. Істомин, Н. Ю. Кондратюк, Н. Т. Кучеренко, Г. М. Тяпкін, Н. В. Зарецька, Л. М. Гридковецька, В. Лавренюк, О. Ф. Скакун [61; 62; 64; 67; 74; 82–83; 153–159] та ін.

Основними правовими актами, що регулюють права і свободи людини і громадянина, зокрема учасників АТО, у правовій державі є закони. Саме вони як вища форма прояву державної волі народу є правовою основою для всіх інших правових актів. «Закон – це нормативно-правовий акт, ухвалений в особливому порядку вищим представницьким органом держави, який регулює найважливіші суспільні відносини, виражає волю (інтереси) більшості населення та володіє вищою юридичною силою» [236, с. 372].

Питання медико-реабілітаційної допомоги завжди було в центрі уваги, однак, з 2014 р. до сьогодні воно є чи не найактуальнішим. Щороку в Україні зростає кількість людей, які потребують реабілітації, однак не всі її отримують. Чому така ситуація в Україні? Це можна пояснити тим, що не всі українці знають про можливість отримання реабілітаційної допомоги, не знають, куди звертатися по неї і як її отримати. Крім того, існує низка інших чинників, які пояснюють цю ситуацію в країні, однак найвагомішим чинником є недосконале нормативно-правове законодавство.

Враховуючи, що система реабілітації для ширшого кола осіб українська необхідна за умов збройного конфлікту, було прийнято Указ Президента від 18.03.2015 № 150. Він стосувався лише однієї цільової групи – військовослужбовців, проте результат його дії поширювався й на інші групи – родини військовослужбовців, органи влади, місцеві громади, які безпосередньо взаємодіяли з військовими після їх демобілізації. Зазначеним Указом, зокрема, передбачено: «Кабінету Міністрів України:

1) вжити заходів до запровадження обов'язкового медичного обстеження стану здоров'я демобілізованих учасників Антитерористичної операції;

2) забезпечити залучення фахівців з фізичної реабілітації до реабілітаційного процесу учасників Антитерористичної операції у госпіталях для ветеранів війни та закладах охорони здоров'я, в яких здійснюється реабілітація учасників Антитерористичної операції;

3) забезпечити розроблення із залученням обласних, Київської міської державних адміністрацій та затвердити державну цільову програму медичної, соціально-трудової реабілітації та адаптації учасників Антитерористичної операції, передбачивши організацію співпраці з міжнародними організаціями стосовно започаткування нових і продовження реалізації наявних відповідних міжнародних проектів» [182].

Згідно із цим Указом, Кабінет Міністрів України повинен піклуватися про те, щоб усі учасники АТО отримали медичну реабілітацію у військових

госпіталях. Крім того, передбачено надання медичної реабілітації міжнародними організаціями.

З грудня 2016 р., згідно з указом Президента, почав діяти інститут Уповноваженого України з питань реабілітації учасників Антитерористичної операції, які одержали поранення, контузію, каліцтво або інше захворювання під час участі в Антитерористичній операції. Основне завдання інституту полягає в створенні відповідних умов для реалізації права на реабілітацію зазначеної категорії. Ця організація стала платформою для створення й лобіювання законів стосовно змін чинної системи реабілітації [45, с. 34].

Виходячи з базового визначення для системи медичної реабілітації: «особа з обмеженням повсякденного функціонування» – «...особа, яка внаслідок стану здоров'я або старіння втратила або може втратити здатність до участі у заняттєвій активності у спосіб і межах, звичайних для неї», – ми розрізняємо два основних напрями нормативно-правового забезпечення надання реабілітаційної допомоги:

1) нормативно-правове забезпечення надання реабілітаційної допомоги особам, які внаслідок стану здоров'я або старіння можуть втратити здатність до участі у заняттєвій активності у спосіб і межах, звичайних для них;

2) нормативно-правове забезпечення надання реабілітаційної допомоги особам зі стійким обмеженням життєдіяльності, яким у порядку, визначеному законодавством, встановлено інвалідність.

Щодо цих виокремлених нами категорій осіб, то основними нормативно-правовими документами, що забезпечують правове поле надання їм реабілітаційної допомоги, є такі:

1) закони України [147; 180; 215; 218; 219]:

– «Основи законодавства України про охорону здоров'я» № 2801-XII від 19.11.1992;

– «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» (проект);

– «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» № 2961-IV від 06.10.2005;

– «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» № 875-XII від 21.03.1991;

– «Про соціальні послуги» № 2671-VIII від 17.01.2019;

– «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» № 2017-III від 05.10.2000;

2) підзаконні нормативно-правові акти відповідних центральних органів виконавчої влади [170; 172; 175–178; 182–184; 186–226]:

– Постанова Кабінету Міністрів України «Про організацію надання соціальних послуг» № 587 від 01.06.2020;

– Постанова Кабінету Міністрів України «Питання медико-соціальної експертизи» № 1317 від 03.12.2009;

– Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку надання окремим категоріям осіб послуг із комплексної реабілітації (абілітації)» № 80 від 31.01.2007;

– Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації особи з інвалідністю» № 757 від 23.05.2007;

– Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані технічні засоби реабілітації, переліків таких засобів» № 321 від 05.04.2012;

– Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання протезування та ортезування виробами підвищеної функціональності за новітніми технологіями та технологіями виготовлення, які відсутні в Україні, та/або спеціальними виробами для занять спортом окремих категорій громадян, які брали участь в антитерористичній операції чи у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і

стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях, та/або забезпеченні їх проведення і втратили функціональні можливості кінцівки або кінцівок» № 518 від 01.10.2014;

– Наказ Міністерства соціальної політики України «Деякі питання комплексної реабілітації осіб з інвалідністю» № 855 від 09.08.2016;

– Наказ Міністерства охорони здоров'я «Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності» № 561 від 05.09.2011;

– Наказ Міністерства охорони здоров'я «Про затвердження Порядку та Критеріїв встановлення медико-соціальними експертними комісіями ступеня стійкої втрати професійної працездатності у відсотках працівникам, яким заподіяно ушкодження здоров'я, пов'язане з виконанням трудових обов'язків» № 420 від 05.06.2012;

– Наказ Міністерства охорони здоров'я «Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування» № 110 від 14.02.2012;

– Наказ Міністерства охорони здоров'я «Про затвердження форм первинної облікової документації, що використовується в медико-соціальних експертних комісіях» № 577 від 30.07.2012;

– Наказ Міністерства соціальної політики України «Про затвердження типових форм договорів про забезпечення особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, іншої особи технічними та іншими засобами реабілітації, надання послуг з їх ремонту» № 506 від 12.04.2018;

– та інші.

Як бачимо, вітчизняне законодавство з питань реабілітації охоплює багато документів, однак з початком військової агресії Росії та оголошенням антитерористичної операції в Україні виник новий статус осіб, які найбільше потребують медико-реабілітаційної допомоги, а саме учасники АТО. Процес надання реабілітаційної допомоги таким особам також регулюють законодавчі акти:

– Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» (2017 р.);

– Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» (1991/(нова редакція 2017 р.);

– Указ Президента України «Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників АТО» (2015 р.);

– Указ Президента України «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України «Про Стратегічний оборонний бюлетень України» (2016 р.);

– Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників АТО» (2015 р.);

– Постанова Кабміну Міністрів України «Деякі питання Державної служби України у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції» (2014 р.);

– Наказ Міністерства оборони України «Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичній операції, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів)» (2015 р.);

– Наказ Міністерства оборони України «Про затвердження Інструкції про організацію санаторно-курортного лікування, медичної та медико-психологічної реабілітації у Збройних Силах України» (2016 р.);

– Наказ Міністерства юстиції України «Про затвердження Інструкції про організацію медичної реабілітації в Службі безпеки України» (2012 р.).

Однак, нормативно-правове забезпечення потребує змін та вдосконалення. За період війни Росії з Україною не було жодних змін у законодавчому полі, які б визначили досконалий алгоритм надання військовослужбовцям реабілітаційної допомоги. Так, аналізуючи Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» № 2961-IV від 06.10.2005, можемо зазначити, що реабілітацію в Україні надають лише тим, хто вже

має статус інваліда. Хоча, згідно з європейськими нормами, реабілітація повинна бути спрямована на запобігання інвалідності та покращення стану здоров'я. Негативним є також те, що чинний документ не передбачає спеціальних норм щодо реабілітації учасників АТО.

Варто наголосити, що першим нормативно-правовим документом з реабілітації є Указ Президента України «Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників антитерористичної операції», який передбачає збільшення фінансування реабілітаційних закладів та зростання чисельності психологів і фізичних реабілітологів у них. Крім того, цей Указ передбачає розроблення Державної цільової програми медичної, соціально-трудова реабілітації та адаптації учасників АТО, яка повинна включати співпрацю з міжнародними організаціями для реалізації нових проєктів, спрямованих на соціальну адаптацію цієї категорії населення. Однак, норми цього Указу на сьогодні так і не виконані.

Особливої уваги потребує Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників АТО», яким передбачено:

- проведення обов'язкового медичного огляду демобілізованих військовослужбовців;
- створення транспортної служби, яка б вирішувала питання транспортування пораненого до медзакладу;
- надання психологічної реабілітації військовослужбовцю не пізніше ніж за тиждень до його звільнення з військової служби [194].

Оскільки учасники АТО потребують реабілітації з елементами психологічної допомоги, у 2015 р. було прийнято Наказ Міністерства оборони України «Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичній операції, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів)» № 702. Що стосується порядку медичної реабілітації,

то такий алгоритм дій регулює Наказ Міністерства юстиції України «Про затвердження Інструкції про організацію медичної реабілітації в Службі безпеки України» № 2035/22347. Згідно із цим документом, військовослужбовці можуть отримати реабілітацію лише в санаторно-курортних закладах Збройних Сил України. Однак, така реабілітація не є ефективною, оскільки реабілітаційну допомогу повинні надавати не лише радянським санаторним методом, а й у спеціальних реабілітаційних закладах [198].

Зауважимо, що для вдосконалення процедури реабілітації важливим є прийняття Закону України «Про попередження інвалідності та систему реабілітації в Україні», адже краще розробити систему превентивних заходів, ніж пізніше лікувати інвалідність. Норми цього Закону визначають основні засади створення правових, соціально-економічних, організаційних умов для проведення заходів із запобігання інвалідності, а також функціонування системи реабілітації в Україні, усунення або компенсації наслідків, спричинених порушенням здоров'я, функціонування системи підтримання особами з обмеженням життєдіяльності фізичного, психічного, соціального благополуччя, сприяння їм у досягненні соціальної та матеріальної незалежності. У ході підготовки законопроекту проведено 15 засідань робочої групи, оброблено понад 100 пропозицій центральних органів виконавчої влади, наукових установ, громадських об'єднань фахівців медичної, психологічної та фізичної реабілітації, протезування і ортезування, об'єднань осіб з інвалідністю, Фонду соціального захисту інвалідів. Враховано рекомендації ВООЗ, попередні висновки Оціночної місії ВООЗ з вивчення системи реабілітації в Україні Конвенції ООН про права інвалідів [166].

Ухвалення Верховною Радою України Проекту Закону України «Про попередження інвалідності та систему реабілітації в Україні» дасть змогу запровадити правову основу для впровадження дієвих заходів із запобігання інвалідності та функціонування загальнодержавної системи

реабілітації, закріпити коло осіб, яким надається така реабілітація, визначити повноваження органів державної влади із запобігання інвалідності та в системі реабілітації, встановить рівні й механізм проведення реабілітації, що підвищить якість реабілітаційних заходів. Як наслідок, це дасть змогу знизити рівень інвалідизації та смертності населення України, а також підвищити якість життя осіб з тимчасовим обмеженням життєдіяльності й осіб з інвалідністю. Однак, на сьогодні цей закон так і не ухвалений.

Передбачається, що Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» щодо регулювання відносин у системі медичної реабілітації буде зменшувати свій регуляторний вплив унаслідок зміни парадигми надання реабілітаційної допомоги з біомедичної на біопсихосоціальну основу. Зокрема, реабілітаційна допомога виведена з переліку видів медичної допомоги; надання реабілітаційної допомоги й послуг передбачене «фахівцями з реабілітації», а не лікарями на різних рівнях надання медичної допомоги тощо.

До цього Закону у ст. 3 «Поняття і терміни, що вживаються в законодавстві про охорону здоров'я» введено нові поняття, а саме: «життєдіяльність» («здатність організму особи до участі у життєдіяльності/заняттєвої участі у спосіб і в межах, звичайних для людини»), «обмеження життєдіяльності», під яким розуміється «...втрата особою внаслідок хвороби, травми (її наслідків), вроджених порушень або інших станів здоров'я здатності до участі у життєдіяльності/заняттєвої участі у спосіб і в межах, звичайних для людини»; «реабілітаційна допомога у сфері охорони здоров'я» («...діяльність фахівців з реабілітації у сфері охорони здоров'я, що передбачає здійснення комплексу заходів, спрямованих на оптимізацію функціонування осіб, які зазнають або можуть зазнати обмеження повсякденного функціонування у їхньому середовищі»); «реабілітаційна послуга» («...послуга, що надається пацієнту реабілітаційним закладом, реабілітаційною установою, закладом охорони

здоров'я, соціального захисту або іншим суб'єктом господарювання, які мають право надавати реабілітаційну допомогу згідно із законодавством, та оплачується її замовником. Замовником реабілітаційної послуги можуть бути держава, орган місцевого самоврядування, юридична або фізична особа, у тому числі пацієнт»; «реабілітація» («...комплекс заходів, яких потребує особа, яка зазнає або може зазнавати обмеження повсякденного функціонування внаслідок стану здоров'я у взаємодії з її середовищем»); «стан здоров'я» («...загальний показник для хвороб (гострих і хронічних), розладів, пошкоджень або травм. Стан здоров'я також може охоплювати інші обставини, такі як вагітність, старіння, стрес, вроджена аномалія або генетична схильність. Стани здоров'я кодуються за Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я») [147].

Також у цьому законі змінено розуміння таких понять, як «медична допомога», «медичне обслуговування», «охорона здоров'я», «заклад охорони здоров'я».

Окремо в ст. 14 «Система стандартів у сфері охорони здоров'я» введено поняття «протокол надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я» – «...уніфікований документ, що визначає вимоги до реабілітаційних заходів та їх послідовність відповідно до напрямів реабілітації у сфері охорони здоров'я з урахуванням сучасного рівня розвитку міжнародної реабілітаційної науки і практики» [147, ст. 14-1].

Внесено зміни в трактування основних принципів охорони здоров'я. На сьогодні основними принципами охорони здоров'я в Україні є такі [147, ст. 4]:

- визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України;

- дотримання прав і свобод людини і громадянина в сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;

– гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення;

– рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної і *реабілітаційної* допомоги та інших послуг в сфері охорони здоров'я;

– відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість;

– орієнтація на сучасні стандарти здоров'я, медичної та *реабілітаційної* допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом в сфері охорони здоров'я;

– попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний, медичний та *реабілітаційний* підхід до охорони здоров'я;

– багатоукладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції;

– децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі.

Також потрібно зауважити, що вносяться зміни до прав громадян у сфері охорони здоров'я, а саме розширене право на «...кваліфіковану медичну та *реабілітаційну* допомогу, включаючи вільний вибір лікаря та *фахівця з реабілітації*, вибір методів лікування та *реабілітації* відповідно до рекомендацій лікаря та *фахівця з реабілітації*, вибір закладу охорони здоров'я (курсив наш. – І. Б.)» [147, ст. 6].

У тексті цієї статті також розмежовано поняття медичної й *реабілітаційної* допомоги, а також спеціалістів, які можуть надавати

відповідно медичну та реабілітаційну допомогу. Первісно таке розмежування закладено в зміні трактування терміна «заклад охорони здоров'я», про що йшлося вище. У теперішньому розумінні «заклад охорони здоров'я» – це «...юридична особа незалежно від форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, основними завданнями яких є забезпечення медичного обслуговування населення та/або надання *реабілітаційної допомоги* на основі відповідної ліцензії та забезпечення професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників і *фахівців з реабілітації*» [147, ст. 3].

Отже, варто зазначити, що передбачено розширення штату закладів охорони здоров'я за рахунок фахівців з реабілітації (якщо відповідно в закладу буде ліцензія на надання реабілітаційної допомоги).

Розмежовують також реабілітаційні заклади і заклади охорони здоров'я у ст. 14 («Система стандартів у сфері охорони здоров'я»), зокрема: дотримання «...стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), клінічних протоколів, *протоколів надання реабілітаційної допомоги*, табелів матеріально-технічного оснащення є обов'язковим для всіх *реабілітаційних закладів*, закладів охорони здоров'я, їх відділень, підрозділів, а також для фізичних осіб-підприємців, які провадять господарську діяльність з медичної практики та/або мають право на надання *реабілітаційної допомоги* згідно із законодавством» [147, ст. 14].

У ст. 69 згадано «реабілітаційні установи» та «реабілітаційні заклади, відділення, підрозділи» в контексті індивідуального реабілітаційного плану, індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю, які є обов'язковими для виконання «...центральними та місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, реабілітаційними закладами, відділеннями, підрозділами, реабілітаційними установами, підприємствами, установами, організаціями, в яких працює або перебуває особа з обмеженнями повсякденного функціонування, особа з інвалідністю,

дитина з інвалідністю, незалежно від їх відомчої підпорядкованості, типу і форми власності» [147, ст. 69].

Поняття «реабілітаційний заклад» ширше розкрито в спеціальному Проекті Закону «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я». Згідно із ст. 11 цього Проекту Закону, реабілітаційним закладом, відділенням, підрозділом є «...юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що надає реабілітаційну допомогу на підставі ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики, що передбачає право здійснення реабілітації у сфері охорони здоров'я» [219, ст. 11].

Згідно із цією статтею, до реабілітаційних закладів належать такі [219, ст. 11]:

- реабілітаційні лікарні та реабілітаційні центри незалежно від форми власності, які надають реабілітаційну допомогу в післягострому та довготривалому реабілітаційних періодах;
- амбулаторні реабілітаційні заклади незалежно від форми власності, які надають реабілітаційну допомогу в післягострому та довготривалому реабілітаційних періодах;
- центри психологічної реабілітації та/або травматерапії;
- протезно-ортопедичні підприємства незалежно від підпорядкування і форми власності;
- заклади комплексної реабілітації, включаючи заклади медико-психологічної реабілітації.

Зазначено, що реабілітаційні заклади, які діють в організаційно-правовій формі установи, можуть бути реорганізовані, у тому числі шляхом перетворення, за рішенням власника або уповноваженого органу управління.

У «Великому тлумачному словнику української мови» подано таке визначення: «установа» – «...організація, що відає якою-небудь галуззю (галузями) народного господарства, торгівлі, культури, науки і працює в цій

галузі (галузях)» [23, с. 1517]. «Заклад» же – це «...установа з певним штатом службовців і адміністрацією, що працюють в якій-небудь галузі освіти, науки, культури і т. ін.» [23, с. 395]. Отже, за своїм змістовним навантаженням слова «заклад» і «установа» стосовно сфери охорони здоров'я ми вважаємо синонімами. Враховуючи вищенаведене, доцільно внести корективу в трактування терміна «реабілітаційний заклад» в Законі України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю». Нагадаємо, що, згідно зі ст. 1 цього Закону, «реабілітаційний заклад» – це «...установа, підприємство, *заклад*, у тому числі їх відділення, структурні підрозділи, незалежно від форми власності, що здійснює реабілітацію осіб з інвалідністю і дітей з інвалідністю відповідно до державних соціальних нормативів у сфері реабілітації» [218, ст. 1]. Тобто тут допускається тавтологія «установа» – «заклад». Пропонуємо прибрати із цього формулювання слово «установа», залишивши таке прочитання визначення: «реабілітаційний заклад» – це підприємство, *заклад*, у тому числі його відділення, структурні підрозділи, незалежно від форми власності, що здійснює реабілітацію осіб з інвалідністю і дітей з інвалідністю відповідно до державних соціальних нормативів у сфері реабілітації.

Також неврегульованим є питання ліцензування реабілітаційних послуг і переліку тих спеціалістів, яким буде дозволено їх надавати.

Як бачимо, українська нормативно-правова база справді досить багата у сфері медико-реабілітаційної допомоги, однак загальний результат визначає не кількісний показник, а якісний, із чим у нашій державі є проблеми. Серед основних проблем нормативно-правової бази з питань реабілітаційної допомоги такі, як:

- недосконалість законодавчої бази;
- недотримання та невиконання законодавчої бази;
- незрозумілість та неточності окремої медичної термінології;
- непостійність та часті зміни законодавства;
- лобіювання власних інтересів при написанні законопроектів;

– корупційна складова законотворчої гілки влади.

Отже, проведений комплексний аналіз законодавства України свідчить про те, що нормативно-правова база України потребує змін. Для вирішення найвагоміших проблем доцільно:

- надати статус «втратив чинності» всім законам, що не працюють, і залишити лише ті нормативно-правові акти, які справді функціонують;
- встановити жорсткий контроль за виконанням та дотриманням норм чинного законодавства;
- відповідність законодавства таким принципам: єдності, зрозумілості, доступності, карання за корупцію в законотворчій гілці влади;
- написання закону під конкретну проблему з метою її вирішення;
- відповідність вітчизняного законодавства європейським вимогам і нормам.

Отже, при такій достатній нормативно-правовій базі у сфері надання медико-реабілітаційної допомоги чимало проблемних питань потребує негайного вирішення. Адже законодавство є фундаментом ефективного функціонування та розвитку медицини. Без досконалого законодавства неможливо надати медико-реабілітаційну допомогу на належному рівні. Однак, немає єдиного алгоритму у вирішенні цих проблем. Лише комплексне дотримання рекомендованих вище шляхів забезпечить удосконалення української нормативно-правової бази з питань реабілітації.

Державне управління системою медичної реабілітації є складником державної політики у сфері охорони здоров'я. Реформування національної системи охорони здоров'я ставить перед професійною спільнотою медичних працівників, науковців, державних службовців виклики, котрі донедавна важко було передбачити. Високий рівень незадоволеності українського суспільства станом національної системи охорони здоров'я, якістю надання медичної допомоги й медичних послуг, якістю фармацевтичних препаратів, їх ціною доступністю, з одного боку, і повною елімінацією мотиваційної складової роботи медичних працівників

(фінансовою, моральною) – з іншого, зумовили потребу в упровадженні негайних змін у цій сфері з боку держави. Розпочатий процес реформування усіх ланок системи охорони здоров'я зумовив додаткові негативні чинники впливу на систему загалом, зокрема на підсистему медичної реабілітації.

Згідно із чинним національним законодавством (Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»), під терміном «медична реабілітація» розуміють вид медичної допомоги, що надається пацієнтам в амбулаторних і стаціонарних умовах і враховує систему медичних та інших заходів, спрямованих на відновлення порушених чи втрачених функцій організму особи, на виявлення та активізацію компенсаторних можливостей організму з метою створення умов для повернення особи до нормальної життєдіяльності, на профілактику ускладнень та рецидивів захворювання [147].

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. Вона призначається пацієнтам у таких випадках [147]:

- а) після закінчення гострого періоду захворювання у разі наявності обмежень життєдіяльності;
- б) з уродженими та спадковими патологічними станами, набутими порушеннями опорно-рухового та мовного апарату, вадами зору та слуху;
- в) у разі встановлення стійкої непрацездатності (інвалідності).

Нагадаємо, що в Алма-Атинській декларації, прийнятій Міжнародною конференцією з первинної медико-санітарної допомоги (12.08.1978) у п. 2 розділу VI вказано, що первинна медико-санітарна допомога націлена на вирішення основних медико-санітарних проблем у громаді і забезпечує, відповідно, служби оздоровлення, профілактики, лікування та реабілітації

[4]. Таким чином, стверджується, що сімейний лікар, який перший стикається з пацієнтом, крім надання рекомендацій і здійснення заходів щодо оздоровлення, профілактики і лікування пацієнта, повинен надавати йому чи скеровувати на надання реабілітаційної допомоги і послуг.

Основними завданнями медичної реабілітації є такі [122]:

- функціональне відновлення (повне або компенсація при недостатньому чи відсутності відновлення);
- пристосування до повсякденного життя і праці;
- залучення до трудового процесу;
- диспансерний нагляд за реабілітованими, пристосування до повсякденного життя.

Основними принципами медичної реабілітації є такі [225]:

- безперервність і ґрунтовність (реабілітація повинна здійснюватися від 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).

2.3. Характеристика організаційно-економічного механізму державного регулювання у сфері медичної реабілітації

У 1991 р. після здобуття незалежності Україні дісталася в спадок від Радянського Союзу система охорони здоров'я, у якій переважали прямі

адміністративні методи управління. Механізм фінансування цієї моделі системи охорони здоров'я був побудований на принципі так званих «ресурсних показників». Такий механізм результував в екстенсивному розвитку системи охорони здоров'я.

Світовий досвід сьогодні довів обмежену дієздатність такої моделі охорони здоров'я. Невикористання економічного механізму регулювання галузі охорони здоров'я (економічні інструменти, важелі, стимули) у поєднанні з відсутністю пошуку нових форм надання медичної допомоги й послуг, у тому числі реабілітаційних, населенню призводить до зниження їх якості та ефективності. Це, у свою чергу, спричиняє збільшення організаційних диспропорцій усередині галузі, зростання й розширення закладів охорони здоров'я замість їх оптимізації. На національному рівні це результує в непродуктивних економічних втратах, що в умовах бюджетного фінансування не мотивує до пошуку нових механізмів реформування галузі й підвищення ефективності наданої медичної допомоги та послуг.

Зрозуміло, що на всіх інституціональних рівнях сучасної системи охорони здоров'я є потреба в її модернізації. Реформування галузі, розпочате у 2019 р., потребує активної підтримки як усередині системи, так і серед громадян країн. Певні незручності, а іноді й значний супротив з боку прихильників старої адміністративної системи викликають занепокоєння. Україна повинна ширше застосовувати економічні методи регулювання у сфері охорони здоров'я, відповідно адаптувавши їх до особливостей цієї галузі як об'єкта економічного регулювання.

В Україні за часів незалежності відбувається процес економічної трансформації – перехід до ринкової економіки, її певної моделі. Загалом ще не було створено певної економічної системи, яка була би здатна забезпечити сталий розвиток держави. Фахівці відзначають такі негативні чинники розвитку економіки [25, с. 205; 131, с. 40; 132, с. 134]:

– тінізація та криміналізація економіки;

– відсутність або нерозвиненість багатьох необхідних інститутів, які опосередковують зв'язки між ринком, державою й суспільством;

– відсутність справжньої системи чітко визначених прав на власність.

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 завдяки досягненням реабілітаційної медицини можуть виконувати 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.

Відомо, що в класичній економічній теорії виокремлюють дві основні моделі економічного механізму державного регулювання:

- 1) переважно адміністративну модель;
- 2) таку, що базується на економічних методах регулювання.

В Україні були спроби відтворити елементи власне другої (економічної) моделі системи охорони здоров'я ще за часів існування Радянського Союзу. Метою тогочасних експериментів було задекларовано таке [149; 242, с. 79]:

- стимулювання ініціативи трудових колективів через механізми збільшення їхньої самостійності;
- прискорення розвитку матеріально-технічної бази за рахунок власних ресурсів;
- забезпечення націленості роботи на досягнення високих кінцевих результатів – зміцнення здоров'я населення країни;
- активізацію зусиль самих громадян у формуванні і зміцненні свого здоров'я.

Проведені різними фахівцями численні аналізи й оцінювання національної системи охорони здоров'я виявили такі основні проблеми, дотичні до реалізації економічного механізму державного регулювання галуззю [18]:

- неспроможність галузі підібрати й утримувати медичний персонал, мотивувати його нести відповідальність за результати своєї роботи;
- відсутність налагодженої системи управління інформацією, єдиного реєстру лікарень, лікарів, приватних закладів лікування та профілактики і, що не менш важливо, якісної статистичної інформації;
- існування жорсткої бюджетної системи, яка стала причиною безлічі неофіційних платежів і корупційних схем.

Різні автори по-різному розглядають економічний механізм державного регулювання у сфері охорони здоров'я. Наприклад, С. О. Смирнов і В. Г. Бикова (2015 р.) під ним розуміють «...систему

цілеспрямованих взаємодій між суб'єктом управління (органами управління закладом, наділеними повноваженнями щодо прийняття рішень стосовно організації його діяльності та формування напрямів перспективного розвитку) та об'єктом управління (заклад охорони здоров'я і система економічних відносин у процесі його функціонування) шляхом реалізації функцій управління на основі застосування комплексу підходів, методів, засобів та економічних інструментів дослідження і трансформації взаємопов'язаних процесів забезпечення ефективного функціонування закладів охорони здоров'я з урахуванням дії численних факторів зовнішнього та внутрішнього середовища» [242, с. 79].

Вважається, що управління закладом охорони здоров'я має базуватися на двох групах принципів: загальнонаукових і специфічних. В економічному механізмі державного регулювання системи медичної реабілітації потрібно розглядати дві компоненти – функціональну й ресурсну.

Для першої характерним є регулювальний (дозвільний) аспект. По-перше, необхідною умовою будь-якої діяльності у сфері охорони здоров'я є наявність ліцензії на її здійснення. Процес здійснення медико-реабілітаційної допомоги й послуг повинен відбуватися згідно з нормативно затвердженим клінічним протоколом їх надання. А власне клінічний протокол адаптується до чинних умов закладу охорони здоров'я чи таких, які може забезпечити фізична особа-підприємець. При цьому потрібно взяти до уваги, що локальні протоколи надання медико-реабілітаційної допомоги й послуг повинні бути затверджені структурними підрозділами у сфері охорони здоров'я державних адміністрацій, незалежно від форми власності власне закладів охорони здоров'я, що їх надають: державні, комунальні, відомчі чи приватні.

По-друге, необхідно забезпечити пацієнта його клінічним маршрутом, тобто алгоритмом дій пацієнта щодо необхідних йому закладів охорони здоров'я, які надають медико-реабілітаційну допомогу чи послуги для

максимально ефективного здійснення процесу реабілітації й повнішого відновлення пошкоджених функцій його організму.

По-третє, контрольно-аналітична функція в управлінні здійснюється в закладах охорони здоров'я за допомогою системи внутрішнього аудиту. Стандартно до такої системи повинні входити структурний, процесний і результатний компоненти. Перший охоплює фінансово-економічний аудит, кадровий аудит, аналіз наявного матеріального забезпечення, аналіз ведення медичної документації; другий – клінічний і технологічний аудит, аналіз організаційно-методичного забезпечення й оцінювання ефективності впровадження медичних технологій; третій – визначення рівня задоволеності пацієнтів і персоналу закладу, оцінювання стану здоров'я пацієнта на виході й характеристику загального стану здоров'я населення.

Ресурсна частина економічного механізму державного регулювання системи медичної реабілітації включає такі компоненти:

- нормативний (медико-економічні нормативи; нормативи забезпеченості лікарями, середнім та молодшим медичним персоналом; норми матеріально-технічного забезпечення);

- правове забезпечення;
- інформаційно-аналітичне забезпечення;
- кадрове забезпечення;
- фінансово-економічне забезпечення;
- організаційне забезпечення.

У менеджменті закладів охорони здоров'я, які надають медико-реабілітаційну допомогу й послуги, можна виділити декілька підходів, а саме:

- процесуальний;
- програмно-цільовий;
- науковий;
- системний;
- соціально-економічний.

Для процесуального підходу в менеджменті характерним є розуміння управлінських функцій як сукупності елементарних операцій.

Програмно-цільовому підходу в менеджменті закладів охорони здоров'я властиво функціонування в системі: фактор (негативний) – потреба вирішення – завдання (мета) – рішення – алгоритм вирішення – ресурси для вирішення – контроль за вирішенням. Тобто, по суті, такий підхід подає процес управління як реакцію на негативну зміну якогось параметра, важливого для функціонування закладу охорони здоров'я. Такий підхід в управлінні легше застосовувати великим закладам охорони здоров'я, оскільки для невеликих (здебільшого це приватні) закладів є проблематичним задіяти значні ресурси (кваліфікованих фахівців, обчислювальні ресурси для прогнозування і планування тощо).

Для наукового підходу до управління закладом охорони здоров'я характерним є теоретико-методологічне вивчення його функціонування з позиції основних компонентів: теорії (інформація, функції, рішення), методології, методики і практичної діяльності.

Соціально-економічний підхід передбачає переважання соціальної відповідальності менеджменту над суто економічними показниками діяльності закладу охорони здоров'я.

Для системного підходу характерним є здійснення управління закладами охорони здоров'я як сукупністю взаємопов'язаних блоків:

- блок входу (надходження ресурсів, інформації);
- блок виходу (отримана медико-реабілітаційна допомога чи послуга);
- блок зв'язку (вплив чинників зовнішнього середовища – соціально-демографічних, політичних, фінансово-економічних, матеріально-технічних тощо);
- блок взаємозв'язку (реагування на зміни – ситуація на ринку послуг; зміна вимог споживачів; поява нових протоколів, технологій, методик тощо).

Ідеальною є гнучкість системи забезпечення функціонування закладу із збереженням і підвищенням якості надання медико-реабілітаційної допомоги та послуг. Як зазначають П. М. Клименко й В. А. Грабовський (2014 р.), особливістю системного підходу в управлінні медичними закладами є відсутність виробництва в технічному розумінні цього слова, оскільки процес надання медичної послуги є комбінацією з праці медичного персоналу та медичного обладнання, необхідного для надання цієї послуги [80, с. 138].

Ми вважаємо, що з вищенаведених сучасних підходів у менеджменті закладів охорони здоров'я, які надають медико-реабілітаційну допомогу й послуги, найефективнішим є власне системний, оскільки він за своєю суттю дає змогу найоптимальніше реагувати на зміни як зовнішнього, так і внутрішнього середовища та провадити діяльність в умовах реформаційних процесів, що відбуваються в національній системі охорони здоров'я.

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 і Державному бюджетах через систему Національної служби охорони здоров'я.

Заможне населення може користуватися за власний рахунок послугами приватних закладів. При цьому наявне фінансування використовують украї 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.

У табл. 2.2 подані статистичні дані Фонду соціального страхування України щодо використання бюджетних коштів у межах програм соціального страхування від виробничого травматизму.

Таблиця 2.2

**Статистичні дані щодо надання медико-соціальних послуг засобами
Фонду соціального страхування за 2017–2019 рр. у динаміці [134–136]**

№	Назва показника	2017	2018	2019	Динаміка
1.	Кількість путівок, придбаних до реабілітаційних відділень санаторно-курортних закладів, од.	25398	33179	32435	+21,7%
2.	Кількість осіб, пролікованих та забезпечених реабілітацією (потерпілих на виробництві осіб)	11518	10614	9690	-18,9%
3.	Кількість осіб, забезпечених лікарськими засобами та виробами медичного призначення	18965	19689	18760	-1,1%
4.	Кількість осіб, забезпечених санаторно-курортним лікуванням	7383	10747	10469	+29,4%
5.	Кількість осіб, забезпечених технічними та іншими засобами реабілітації	4817	5442	5205	+7,5%
6.	Кількість осіб, забезпечених спеціальними засобами пересування	263	336	318	+17,3%
7.	Кількість осіб із зубопротезуванням, очним протезуванням, окулярами, контактними лінзами, слуховими апаратами	256	261	256	0%

Аналізуючи ці показники, вважаємо за потрібне звернути увагу на збільшення кількості путівок, придбаних до реабілітаційних відділень санаторно-курортних закладів, при зменшенні кількості осіб, пролікованих та забезпечених медичною реабілітацією (потерпілих на виробництві осіб).

При цьому зауважимо, що рівень травматизму на виробництві за ці роки не мав тенденції до зниження.

У 2020 р. за системою медичних гарантій на послуги з медичної реабілітації передбачено було близько 449 млн грн. Такі дані подає Міністерство охорони здоров'я України на своєму офіційному сайті [130].

Отже, підсумовуючи вищенаведене, зазначимо, що 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 й послуг тощо.

Висновки до другого розділу

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 названими 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.

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).

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 плинність кадрів).

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 реабілітаційного 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.

Враховуючи результати аналізу нормативно-правової бази у сфері організації й надання реабілітаційної допомоги та послуг в Україні, Міністерству охорони здоров'я України необхідно привести внутрішню документацію у відповідність із чинним законодавством України для забезпечення єдності й уникнення юридичних колізій у державному управлінні національною системою охорони здоров'я загалом і системою медичної реабілітації зокрема.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОГО
РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ3.1. Сучасні напрями національної політики держави щодо
забезпечення надання медичної реабілітації

Чинним законодавством України визнано «...створення умов для ефективної реабілітації, забезпечення доступності навколишнього середовища, можливості вести самостійний спосіб життя і всебічно брати участь у всіх аспектах життя суспільства, сприяння створенню середовища, що організоване відповідно до вимог універсального дизайну та розумного пристосування» метою державної політики щодо реабілітації у сфері охорони здоров'я [219, ст. 6]. До основних принципів державної політики у сфері реабілітації зараховано такі [219, ст. 6]:

- прозорість;
- ефективний розподіл повноважень та відповідальності між органами державної влади;
- якість та доступність реабілітаційної та психологічної допомоги;
- інклюзивність;
- сприяння поверненню людини до ведення самостійного способу життя.

Перед державою стоять такі основні завдання, які вона повинна вирішити у сфері медичної реабілітації [45]:

- «...забезпечити скоординованість принципів проведення реабілітації, реабілітаційних послуг, а також доступність технічних та інших засобів реабілітації та медичних виробів (виробів медичного призначення)»;

– «...регламентувати правові, економічні, соціальні умови проведення реабілітації з урахуванням функціональних можливостей осіб з обмеженнями повсякденного функціонування, потреби у технічних та інших засобах реабілітації та медичних виробах (виробах медичного призначення)»;

– «...впровадити міжнародні стандарти реабілітації та психологічної допомоги в реабілітації»;

– «...створити умови для якісного матеріально-технічного, фінансового, кадрового та науково-методичного забезпечення реабілітації»;

– «...створити рівні умови для всіх осіб, залучених до надання реабілітаційної допомоги, та постачальників технічних та інших засобів реабілітації»;

– «...сформувати ефективну систему управління якістю реабілітаційної допомоги».

Ще у 2017 р. місія ВООЗ в Україні з оцінювання системи реабілітації визначила неефективну координацію та використання ресурсів для надання медико-реабілітаційної допомоги і послуг у державі. При цьому наявних ресурсів є достатньо для забезпечення у повному обсязі допомоги всім особам, які її потребують.

До основних проблем галузі ця місія віднесла такі [127]:

– недостатня координація між уповноваженими міністерствами і відомствами (Міністерство охорони здоров'я, Міністерство соціальної політики, Міністерство освіти і науки, Міністерство оборони, Міністерство внутрішніх справ, Національна гвардія, Служба безпеки України та інші заклади системи реабілітації комунальної та приватної власності);

– традиційне надання медико-реабілітаційної допомоги в курортному середовищі;

– відсутність цілісної системи, яка супроводжуватиме пацієнта на всіх етапах реабілітаційного процесу (в умовах настання ринкових відносин спостерігається недостатнє фінансування закладів охорони здоров'я, які

надають медико-реабілітаційні послуги. Рентабельність таких закладів є негарантованою, оскільки система соціального страхування (що фінансує надання послуг з реабілітації) має обмежений бюджет (дефіцитний), що в поєднанні з низькою якістю реабілітаційного лікування в таких закладах створює несприятливі умови для їх розвитку. Відповідно, це призводить до того, що в таких умовах згортається медичний персонал);

– суттєві кадрові проблеми.

Сьогодні відбувається трансформація системи надання медико-реабілітаційної допомоги і послуг в Україні, зміна парадигми їх надання. Швидкий розвиток новітніх технологій дає змогу якісніше й ефективніше здійснювати медичну реабілітацію. Для повноцінного планування реформи системи надання медико-реабілітаційних послуг доцільно було спершу здійснити аудит наявних ресурсних потужностей в Україні, особливо враховуючи різноманітність закладів, що їх надають, а також їх відомчу підпорядкованість.

Варто звернути увагу на географічне розташування закладів системи медичної реабілітації, а також охопленість цією системою всіх регіонів країни.

Враховуючи такий стан справ, Міністерство охорони здоров'я у 2017 р. започаткувало проєкт «Реабілітаційна мапа України». Спільно з компанією Google (експертна допомога) було здійснено спробу створити інтерактивну мапу реабілітаційних установ в Україні. Розроблено онлайн-форму, яку пропонували заповнити всім охочим реабілітаційним структурам державної, комунальної, приватної та громадської форми власності, для внесення таких структур на інтерактивну мапу.

Зокрема, пропонувалося надати таку інформацію [185]:

- офіційна назва об'єкта українською та англійською мовами;
- підпорядкування (Міністерство охорони здоров'я України; Міністерство соціальної політики України; Міністерство оборони України; Міністерство освіти і науки України; Міністерство внутрішніх справ

України; комунальний заклад; приватний заклад; ПрАТ «Укрпрофоздоровниця»; громадські організації, інше);

– вид закладу (відповідно до термінології Закону «Про реабілітацію інвалідів в Україні») (відділення в багатопрофільній лікарні; лікарня відновного лікування; госпіталь ветеранів; фізіотерапевтична лікарня; санаторно-курортний заклад; амбулаторний реабілітаційний центр (кабінет) незалежно від форм власності; реабілітаційне стаціонарне відділення в приватній лікарні; військовий госпіталь; будинок дитини – дошкільний навчальний заклад (ясла-садки) компенсуючого типу; дошкільний навчальний заклад (центр розвитку дитини) системи освіти; школа-інтернат; протезно-ортопедичне підприємство; інший варіант);

– вказати форму надання медичної допомоги (стаціонарну, амбулаторну чи змішану);

– вказати профіль спеціалізації (згідно з термінологією Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні») (медична реабілітація; медико-соціальна реабілітація; соціальна реабілітація; психолого-педагогічна реабілітація; фізична реабілітація; професійна реабілітація; трудова реабілітація; фізкультурно-спортивна реабілітація; змішана спеціалізація);

– вказати профіль спеціалізації (відповідно до сучасної термінології) (нейрореабілітація (гострі стани та їх наслідки); нейрореабілітація (хронічні прогресуючі неврологічні захворювання); м'язево-скелетна реабілітація (гострі стани та їх наслідки); м'язево-скелетна реабілітація (хронічні прогресуючі захворювання кісток, м'язів та сполучної тканини); кардіо-пульмонарна реабілітація (хронічна серцева та легенева недостатність); дитяча абілітація/реабілітація, в т. ч. раннє втручання; психологічна реабілітація; змішана спеціалізація);

– вказати наявних професіоналів реабілітації (існуючі штатні посади) (лікарі-фізіотерапевти; лікарі ЛФК; медсестри лікувальної фізкультури; медсестри фізіотерапії; медсестри масажу; інструктори з трудової терапії;

інструктори з трудової адаптації; інструктори з ЛФК; фахівці фізичної реабілітації; техніки-протезисти; логопеди; вчителі; медичні сестри; психологи; медичні психологи; психотерапевти; соціальні працівники; інші);

– вказати наявних професіоналів реабілітації (з вищою немедичною освітою);

– зазначити широту й довготу на картах Google Maps;

– вказати адресу об'єкта українською й англійською мовами;

– вказати телефон, вебсайт, режим роботи;

– надати фото об'єкта.

Аналіз доступної інформації дав змогу виявити, по-перше, відсутність інтерактивного доступу до мапи як результату цього проєкту (<https://e-rehab.com.ua>).

По-друге, термінологія анкети, пропонованої до заповнення, є застарілою й не відповідає сучасним посадам в охороні здоров'я (наприклад, відсутні штатні посади ерготерапевтів тощо).

По-третє, пасивна пропозиція клієнтам до заповнення сторінки без відповідного маркетингового підходу не сприяє їх залученню до проєкту.

Провівши такий аналіз, можна резюмувати, що потрібний проєкт є на сьогодні не реалізованим і потребує оновлення з використанням адміністративного ресурсу.

Сучасна система медичної реабілітації в Україні є фрагментарною. Мультидисциплінарний підхід, що лежить в основі доказової реабілітації, рідко застосовують в Україні. Для подолання цієї проблеми Міністерство охорони здоров'я України вжило низку заходів:

– затверджено план заходів із впровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування (МКФ) [191];

– затверджено переклад МКФ;

– додано спеціальність «Фізична та реабілітаційна медицина» до номенклатури лікарських спеціальностей [173];

– введено кваліфікаційні характеристики більшості фахівців реабілітації: лікаря фізичної та реабілітаційної медицини, фізичного терапевта, ерготерапевта, асистента фізичного терапевта, асистента ерготерапевта [174].

Як зазначено вище, було затверджено план заходів із впровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків. Цей документ допоможе уніфікувати систему класифікації для можливості отримати дані (порівнювані) щодо стану здоров'я окремого індивідуума, а також визначити загальний рівень здоров'я населення в цілому. Такі дані допоможуть у плануванні заходів щодо досягнення основних цілей у сфері охорони здоров'я [193]:

- визначення загального стану здоров'я населення;
- оцінювання потреб та ефективності сфери охорони здоров'я;
- аналіз забезпечення функціонування сучасної системи раннього втручання, інклюзивної освіти, абілітації й реабілітації.

Також затверджено переклад Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків. Нагадаємо, що первинно ця Міжнародна класифікація була схвалена 191 членом Всесвітньої організації охорони здоров'я 22.05.2001 під час 54-ї Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я, і вона доповнює Міжнародну класифікацію хвороб 10-го перегляду (МКХ).

Використання на офіційному рівні Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків стане базисом для подальшого розвитку системи медичної реабілітації в Україні, для планування заходів соціального захисту, систем компенсації та для розробки і реалізації їх політики [191].

Обмеження життєдіяльності особи та її функціонування в зовнішньому середовищі розглядають з позиції взаємодії з навколишнім природним середовищем. Такий підхід дає змогу краще планувати надання

медичної допомоги й реабілітації, особливо для осіб з хронічними захворюваннями і/або обмеженням життєдіяльності.

Власне, Міністерство охорони здоров'я України рекомендує використовувати ці класифікації в таких випадках [191]:

– як клінічний інструмент:

а) для оцінки потреб, відповідності методів лікування конкретним умовам;

б) оцінки професійної придатності, реабілітації;

в) для оцінки результатів оцінювання якості надання реабілітаційних послуг.

Загалом рекомендується застосовувати Міжнародну класифікацію функціонування та Міжнародну класифікацію функціонування дітей та підлітків з метою оцінки потреб, відповідності методів лікування певним умовам, оцінки професійної придатності, реабілітації та оцінки результатів оцінювання якості надання медико-реабілітаційних послуг. При цьому разом з інформацією про обмеження, спричинені патологією функцій та структури тіла, також враховуються обмеження, спричинені факторами зовнішнього середовища. Тобто до пацієнта застосовується комплексний підхід з урахуванням фізичних, ментальних та соціальних аспектів їх стану.

Також цю класифікацію варто використовувати для ранньої діагностики й раннього втручання в неонатології та педіатрії (використання тестових систем з метою діагностики розвитку дитини), а також для спостереження за реабілітацією новонародженого, що переніс критичний стан або важку хворобу відразу після народження, з метою упередження або максимального зменшення негативних наслідків перенесеного захворювання.

Ще однією перевагою використання МКФ та МКФ-дп є можливість уніфікування інформації, що використовується між групою споріднених соціальних галузей у процесі обміну та обробки інформації (охорона

здоров'я, освіта, соціальний захист, екологія, економіка праці, соціальна політика тощо).

Зауважимо, що на міжнародному рівні МКФ і МКФ-дп є загальноприйнятою соціальною класифікацією ООН. У ній реалізуються Стандартні правила з забезпечення рівних можливостей для людей з обмеженнями життєдіяльності.

Також потрібно зазначити, що МОЗ України підготовлено проєкт Концепції реформування медико-соціальної експертизи, яка змінює підхід до інвалідності [130]. Згідно з основними тезами цього підходу, пацієнтові мали би надавати послуги з медичної реабілітації від первинного моменту зародження проблеми зі здоров'ям до рівня найбільш можливого ступеня відновлення його функціонування. На відміну від попередніх положень (послуги з реабілітації надаються з моменту встановлення факту інвалідності), нова концепція передбачає початково швидший момент супроводження пацієнта з потребою в реабілітаційних послугах.

Ця Концепція також передбачає запровадження диференційованого (8 рівнів надання) підходу до процедури встановлення обмеження функціонування (груп інвалідності) залежно від ступеня такого обмеження.

МОЗ України також розробляє підходи до впровадження механізму організації «мультидисциплінарних реабілітаційних команд» у закладах охорони здоров'я.

Крім матеріально-технічного, важливим є кадрове забезпечення таких програм. Деякі заклади охорони здоров'я свою потребу в таких спеціалістах вирішують самотужки. Наприклад, реабілітаційний центр Київської обласної клінічної лікарні спеціалістів, хто буде забезпечувати надання медико-реабілітаційних послуг, посилав на стажування у Чехію [246].

Основною відмінністю від попередніх оціночних методик є використання інформації про обмеження, спричинені не лише обмеженнями функцій та структури тіла, а й чинниками зовнішнього середовища. Це означає, що здійснюється інтеграція фізичних, ментальних та соціальних

аспектів стану пацієнтів, тобто до Міжнародної класифікації функціонування включено всі аспекти їх життя (розвиток, участь та середовище):

- для задіяння системи раннього втручання (рання діагностика та виявлення). Використання на практиці найефективніших міжнародних тестових систем для раннього діагностування розвитку дитини сприятиме ранішому виявленню хвороби чи стану з можливістю їх легшого коригування (у порівнянні зі звичною процедурою);

- для здійснення катamnестичного спостереження та реабілітації новонародженого, що переніс критичний стан або важку хворобу відразу після народження з метою упередження або максимального зменшення негативних наслідків перенесеного захворювання;

- як міждисплінарний підхід. Комплексний підхід (із залученням медичних працівників, працівників освіти, соціальних працівників) допоможе у кожному конкретному випадку ефективній міждисциплінарній взаємодії та обміну інформацією стосовно стану пацієнта.

Окремо потрібно зауважити про методологічний аспект цієї класифікації, адже уніфікування інформації щодо осіб з обмеженим функціонуванням здатне сприятиме ефективнішому прогнозуванню в таких галузях, як економіка, освіта, соціальний захист, страхування, охорона здоров'я, законодавство, екологія тощо.

Міністерством охорони здоров'я України до Номенклатури лікарських спеціальностей додано спеціальність «Фізична та реабілітаційна медицина», а також введено в дію кваліфікаційні характеристики більшості фахівців реабілітації:

- лікар фізичної та реабілітаційної медицини;
- фізичний терапевт;
- ерготерапевт;
- асистент фізичного терапевта;
- асистент ерготерапевта.

Наказом Міністерства охорони здоров'я України «Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я» № 2331 від 13.12.2018 з метою врахування рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо удосконалення системи медичної реабілітації були внесені вищенаведені зміни і затверджені нові спеціальності.

Згідно із цим наказом, до стажу роботи для атестації за спеціальністю «Фізична та реабілітаційна медицина» зараховуватимуться періоди роботи на посадах лікаря з лікувальної фізкультури, лікаря з лікувальної фізкультури та спортивної медицини, лікаря-фізіотерапевта [172; 174].

Щодо професійної освіти у сфері медичної реабілітації, то основними принципами підготовки фахівців за напрямом «Реабілітаційна медицина» мають стати такі:

- пацієнтоцентричність;
- цілеспрямованість;
- мультидисциплінарність команди;
- повага до гідності людини, забезпечення їй повного спектра можливостей, незважаючи на наявність будь-яких функціональних розладів.

Враховуючи сучасні процеси трансформації національної системи охорони здоров'я з її переорієнтацією на засади сімейної медицини, відзначимо потребу в забезпеченні можливості підвищення фахової кваліфікації у сфері медичної реабілітації вже працюючих сімейних лікарів і здобуття такої студентами відповідних спеціальностей медичних ЗВО.

На сьогодні в Міністерстві охорони здоров'я України розробляють два важливих документи: Концепція реформування медико-соціальної експертизи і проєкт Наказу «Про порядок організації мультидисциплінарного підходу з надання реабілітаційних послуг у закладах охорони здоров'я». Перший документ – Концепція – передбачає розробку і впровадження алгоритмічного підходу до процедури встановлення групи інвалідності залежно від рівня функціонування. А

другий документ регламентуватиме механізм організації мультидисциплінарних реабілітаційних команд, які будуть функціонувати у закладах охорони здоров'я [130].

Для сталого розвитку системи медичної реабілітації важливе значення має кадрове забезпечення цієї системи. Спостерігається дефіцит фахівців з напряму підготовки «Медична реабілітація». Це призводить до перенавантаження 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 фахівців 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.

Сьогодні виклики для держави щодо трудової міграції медичних працівників полягають, на нашу думку, у такому:

- наростання кількісних показників трудової міграції за кордон;

- збільшення частки молоді, фахівців у трудовій міграції;

- тенденція до трансформації тимчасової міграції на постійну.

Вважається, що основною причиною збільшення чисельності мігрантів серед молоді є зростання кількості осіб, які здобувають освіту за кордоном. Частково ці процеси також пов'язані з природним возз'єднанням сім'ї, коли до батьків, які працюють за кордоном, приїжджають діти, які закінчили навчання в Україні.

Додатковим мотиватором для здобуття українською молоддю освіти за кордоном є бажання в подальшому отримати там роботу. Цю ситуацію активно використовують місцеві уряди сусідніх держав (маємо на увазі європейських). Зокрема, останніми роками спостерігається значна активізація різних освітньо-гуманітарних програм країн – реципієнтів мігрантів, які створюють умови для того, аби молодим фахівцям, які завершили навчання в цих країнах, сприяти у виході на внутрішній ринок праці, забезпечуючи при цьому себе перспективними фахівцями. Наприклад, за даними Національного інституту стратегічних досліджень України з посиланням на дослідження Національного банку Польщі, лише 2,4% українських студентів планують повернутися до України після закінчення терміну здобуття освіти (у 2015 р. у Польщі навчалося понад 43 тисячі українських студентів) [260, с. 5].

На думку експертів, «...держави залишаються пасивною у справі повернення висококваліфікованих мігрантів і студентів та сприяння їх реінтеграції в українське суспільство, заохочення переказів їхніх заробітків на Батьківщину та їх ефективного використання» [269].

Згідно з даними Держстату України, середня місячна заробітна плата мігранта становила 722 дол. США (дані 2017 р.), тоді як середня заробітна плата в Україні була утричі нижча.

Для підвищення обсягу професійної міграції за кордон у сфері охорони здоров'я потрібно вдосконалити зовнішню міграційну політику держави; забезпечити легальне працевлаштування українських громадян за кордоном і дотримання їх прав у сфері соціального забезпечення.

Оскільки основними причинами здійснення трудової міграції за кордон у рангованому порядку були такі: 1) незадовільний фінансово-економічний стан галузі і низька заробітна плата; 2) несприятливі умови праці; 3) труднощі реалізації професійної компетентності; 4) сімейні причини, – то й основні напрями державної політики щодо запобігання міграції фахівців у сфері охорони здоров'я повинні бути скеровані на їх подолання.

Для протидії професійній міграції єдиним кроком може бути забезпечення економічного складника й реалізації професійної компоненти. Механізм реалізації такої стратегії може бути розроблений лише в комплексі зі змінами всієї системи охорони здоров'я. Також варто в регіонах, звідки здійснюється найбільша міграція, розробити та запровадити державні програми протидії професійній міграції з можливістю інвестиції зароблених коштів на початок приватної справи в Україні.

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.

Пропонуємо 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.

3.2. Модернізація організаційно-правового механізму державного регулювання медичної реабілітації в умовах реформування системи охорони здоров'я України

Раніше законодавство України у сфері охорони здоров'я визначало «медичну реабілітацію» як вид медичної допомоги та регламентувало її надання медичними працівниками (ст. 33 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я») відповідних «лікарських спеціальностей та спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою, перелік яких затверджений МОЗ» «...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)» (ст. 35⁵ Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»).

Такий підхід до проведення реабілітації був сформований ще за радянських часів та не відповідав сучасним європейським і світовим вимогам до надання реабілітаційної допомоги. Це гальмує рух України до забезпечення стандартів охорони здоров'я та, зокрема, реабілітації відповідно до ключових профільних документів Всесвітньої організації охорони здоров'я: Конвенції про права осіб з інвалідністю, Всесвітнього

звіту з питань обмежень життєдіяльності, ініціативи «Реабілітація 2030: заклик до дій» [167].

На сьогодні медична реабілітація не належить до видів медичної допомоги, під якою в українському правовому полі розуміють [147, ст. 3]: «...діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямовану на профілактику, діагностику та лікування у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами» (ст. 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я). До видів медичної допомоги належать:

- екстрена медична допомога;
- первинна медична допомога;
- вторинна (спеціалізована) медична допомога;
- третинна (високоспеціалізована) медична допомога;
- паліативна медична допомога.

А власне «реабілітаційною допомогою» вважають «...діяльність фахівців з реабілітації у сфері охорони здоров'я, що передбачає здійснення комплексу заходів, спрямованих на оптимізацію функціонування осіб, які зазнають або можуть зазнати обмеження повсякденного функціонування у їхньому середовищі».

Дещо ширше трактується термін «реабілітаційна послуга» – «...послуга, що надається пацієнту реабілітаційним закладом, реабілітаційною установою, закладом охорони здоров'я, соціального захисту або іншим суб'єктом господарювання, які мають право надавати реабілітаційну допомогу згідно із законодавством, та оплачується її замовником». При цьому «...замовником реабілітаційної послуги можуть бути держава, орган місцевого самоврядування, юридична або фізична особа, у тому числі пацієнт».

Звідси випливає, що надання «*реабілітаційної послуги*» не буває без надання «*реабілітаційної допомоги*», оскільки ті суб'єкти системи охорони

здоров'я, які її надають, зобов'язані мати право надавати власне *«реабілітаційну допомогу»* (тут і далі курсив наш. – І. Б.).

Потрібно звернути увагу на те, що в чинному законодавстві не передбачено отримання спеціальних дозволів на надання реабілітаційних послуг, а лише вказано на необхідність ліцензії *«...для надання реабілітаційної допомоги»*.

Лише при визначенні санаторно-курортних закладів у Законі України «Про курорти» зазначено, що це заклади охорони здоров'я, які розташовані на територіях курортів і забезпечують надання громадянам *послуг лікувального, профілактичного та реабілітаційного характеру* з використанням природних лікувальних ресурсів [212, ст. 22].

Згідно з п. 6 ст. 18 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», *«...реабілітаційна допомога у сфері охорони здоров'я надається за рахунок бюджетних коштів у реабілітаційних закладах, закладах охорони здоров'я з реабілітаційним відділенням чи підрозділом, інших суб'єктах господарювання, які мають право на надання реабілітаційної допомоги згідно із законодавством та з якими головні розпорядники бюджетних коштів уклали договори про медичне обслуговування населення»*.

Іншою правовою колізією у сфері охорони здоров'я є визначення тих осіб, які мають право надавати реабілітаційну допомогу й послуги особам, що їх потребують. Нагадаємо, що, згідно з визначенням, поданим у Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», *«реабілітаційною допомогою у сфері охорони здоров'я (реабілітаційною допомогою)» вважається «...діяльність фахівців з реабілітації у сфері охорони здоров'я, що передбачає здійснення комплексу заходів, спрямованих на оптимізацію функціонування осіб, які зазнають або можуть зазнати обмеження повсякденного функціонування у їхньому середовищі»*.

Фахівцями з реабілітації є *«...особи, які безпосередньо надають реабілітаційну допомогу, мають відповідну освіту, володіють відповідними*

професійними знаннями та навичками, а також залучені до безперервного професійного розвитку» [219, ст. 1].

Категорії «медичний працівник» і «фахівець з реабілітації» розмежовано в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». У ст. 3 зазначено, що «заклад охорони здоров'я» – це «...юридична особа незалежно від форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, основними завданнями яких є забезпечення медичного обслуговування населення *та/або надання реабілітаційної допомоги* на основі відповідної ліцензії та забезпечення професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників і *фахівців з реабілітації*» [147, ст. 3]. Тобто в цьому визначенні розрізняються вищеназвані категорії працівників сфери охорони здоров'я.

Згідно із Законом України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», фахівцями з реабілітації є такі спеціалісти [219, ст. 10]:

- лікарі фізичної та реабілітаційної медицини;
- фізичні терапевти;
- ерготерапевти;
- терапевти мови і мовлення;
- протезисти-ортезисти;
- психологи, психотерапевти;
- сестри медичні з реабілітації;
- асистенти фізичних терапевтів та ерготерапевтів.

Здійснювати реабілітацію фахівці з реабілітації можуть самостійно або в складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди, відповідно до мети, зазначеної в індивідуальному реабілітаційному плані. Вони зобов'язані проходити атестацію в порядку, затвердженому Міністерством охорони здоров'я України. Надання реабілітаційної допомоги фахівцями з реабілітації здійснюється відповідно до вимог провадження господарської діяльності з медичної практики, що передбачає право здійснення

реабілітації у сфері охорони здоров'я, затверджених Кабінетом Міністрів України [219, ст. 10, п. 3].

Зауважимо, що поняття «мультидисциплінарна реабілітаційна команда» вперше введено до законодавчого поля держави Законом України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я». У ст. 18 цього Закону подано визначення мультидисциплінарної реабілітаційної команди. Такою командою є «...організаційно оформлена, функціонально виокремлена група фахівців з реабілітації, які об'єднані спільними метою та завданнями реабілітації та надають реабілітаційну допомогу високого та середнього обсягу в стаціонарних та амбулаторних закладах у гострому, післягострому та довготривалому реабілітаційних періодах» [219, ст. 18]. Цю команду може очолювати лікар фізичної та реабілітаційної медицини, який відповідає за організацію роботи команди, виконання індивідуального реабілітаційного плану та інших завдань, покладених на команду. Її професійний і кількісний склад залежить від особливостей обмеження повсякденного функціонування особи, яка потребує реабілітації, а також від специфіки реабілітаційного закладу, відділення, підрозділу.

Відповідно до чинного законодавства, основними завданнями створеної мультидисциплінарної реабілітаційної команди є такі [219, ст. 18, п. 4]:

- забезпечення доступності реабілітаційної допомоги за першої потреби;
- визначення реабілітаційного прогнозу, мети та завдань реабілітації, розроблення індивідуального реабілітаційного плану;
- забезпечення комплексного підходу в наданні реабілітаційної допомоги та уникнення або зниження стійких обмежень життєдіяльності в осіб з обмеженнями повсякденного функціонування;
- забезпечення послідовності та вчасності залучення до процесу реабілітації необхідних фахівців у необхідній кількості;

- внесення змін до індивідуального реабілітаційного плану та обговорення стану виконання такого плану;

- планування виписки особи та внесення змін до індивідуального реабілітаційного плану для продовження його виконання в амбулаторних умовах після виписки із закладу, який надавав реабілітаційну допомогу.

Зауважимо, що лікарі інших спеціальностей можуть долучатися до роботи в мультидисциплінарній реабілітаційній команді в консультативному порядку при потребі.

Стаття 34 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» встановлює, що лікуючим лікарем, який обирається пацієнтом або призначається йому в установленому цим законом порядку, при наданні реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я протягом післягострого та довготривалого реабілітаційних періодів є «...лікар фізичної та реабілітаційної медицини, який працює у реабілітаційному закладі, відділенні, підрозділі, або лікар фізичної та реабілітаційної медицини, який провадить господарську діяльність з медичної практики як фізична особа – підприємець і надає реабілітаційну допомогу пацієнтові» [147, ст. 34].

У визначеннях термінів «реабілітаційна допомога», «реабілітаційна послуга», «реабілітація», які введено до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» внаслідок набуття чинності Законом України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», не має згадки, що реабілітаційну допомогу може надавати лікар загальної практики – сімейний лікар. Згідно із цим Законом, реабілітаційна допомога не є різновидом медичної допомоги (ст. 33). У визначенні «первинної медичної допомоги» (ст. 35) як «...медичної допомоги, що передбачає надання консультації, проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, здійснення профілактичних заходів; направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної

медичної допомоги, для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; надання невідкладної медичної допомоги у разі розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, який не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги», також не йдеться про надання реабілітаційної допомоги чи послуг.

Розмежування понять медичної та реабілітаційної допомоги також наявне у ст. 6 «Право на охорону здоров'я», де вказано, що кожен громадянин України має право на охорону здоров'я, яке передбачає «...кваліфіковану медичну та реабілітаційну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря та фахівця з реабілітації, вибір методів лікування та реабілітації відповідно до рекомендацій лікаря та фахівця з реабілітації, вибір закладу охорони здоров'я» [147, ст. 6].

Підсумовуючи, потрібно зауважити, що основний закон у сфері охорони здоров'я, який визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я України та регулює суспільні відносини у цій сфері – «Основи законодавства України про охорону здоров'я»:

- розмежовує поняття медичної та реабілітаційної допомоги;
- не містить вимог до суб'єктів сфери охорони здоров'я для надання ними реабілітаційних послуг;
- передбачає, що реабілітаційну допомогу можуть надавати лише фахівці з реабілітації чи мультидисциплінарні реабілітаційні команди на різних рівнях медичної допомоги.

Натомість, у ст. 27 «Надання реабілітаційної допомоги на різних рівнях медичної допомоги» Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» вперше прописано, що реабілітаційна допомога, яка надається на первинному рівні медичної допомоги, може надаватися в амбулаторних умовах крім фахівців з реабілітації, які її надають самотійно в амбулаторних умовах або у вигляді домашньої реабілітації в післягострому та довготривалому реабілітаційних періодах і фахівців з

реабілітації, які працюють у територіальних громадах, реабілітаційних закладах, відділеннях та підрозділах, що надають реабілітаційну допомогу згідно із законодавством протягом довготривалого реабілітаційного періоду, ще й лікарями, що надають первинну медичну допомогу, які координують процес скерування пацієнтів.

Таким чином, є потреба узгодження національного законодавства щодо надання реабілітаційної допомоги. Пропонуємо доповнити Закон України «Основи законодавства про охорону здоров'я» положеннями про те, що реабілітаційну допомогу на первинному рівні можуть також надавати лікарі загальної практики – сімейні лікарі, за умови проходження відповідної сертифікації (отримання сертифіката проходження додаткового навчання за темою надання реабілітаційної допомоги). Це, на нашу думку, є логічним, оскільки кожен лікар після виліковування пацієнта в гострому періоді надає йому рекомендації щодо подальшого завершення лікування й повного відновлення до повноцінного функціонування.

Є також правові розбіжності щодо декларування державою права на безоплатну медичну допомогу. Зокрема, у ст. 8 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» зазначено: «...Кожен громадянин має право на безоплатне отримання у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медичної допомоги, до якої належать:

- екстрена медична допомога;
- первинна медична допомога;
- вторинна (спеціалізована) медична допомога, що надається за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я;
- третинна (високоспеціалізована) медична допомога, що надається за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом

виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я;

– паліативна допомога, що надається за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я» [147, ст. 8].

Також у цій статті детально розписано інші безоплатні для пацієнтів заходи у сфері охорони здоров'я. Проте окремо не згадано процесу надання медико-реабілітаційної допомоги й послуг. Хоча в законодавстві йдеться про гарантії з боку держави на безоплатне проведення медико-соціальної експертизи, судово-медичної та судово-психіатричної експертизи, патологоанатомічних розтинів і пов'язаних з ними досліджень у порядку, встановленому законодавством.

Реабілітаційна допомога, згідно зі ст. 18 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», надається за рахунок бюджетних коштів. Тобто безоплатно для пацієнтів реабілітаційна допомога надається в:

- реабілітаційних закладах;
- закладах охорони здоров'я з реабілітаційним відділенням чи підрозділом;
- інших суб'єктах господарювання, які мають право на надання реабілітаційної допомоги згідно із законодавством та з якими головні розпорядники бюджетних коштів уклали договори про медичне обслуговування населення [147, ст. 18].

Зазначимо, що вартість медичної послуги з медичного обслуговування населення розраховується відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я з використанням Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування, затвердженої відповідною постановою Кабінету Міністрів України. Вона визначає методологію та порядок обліку фактичних витрат закладів охорони здоров'я у зв'язку з наданням послуг з

медичного обслуговування, які враховуються під час розрахунку єдиних тарифів та коригувальних коефіцієнтів на медичні послуги [189].

Така методика покроково передбачає здійснення таких етапів [189]:

- 1) стандартизація переліку клінічних відділень та структурних підрозділів закладу охорони здоров'я;
- 2) класифікація підрозділів/відділень закладу охорони здоров'я за типами центрів витрат;
- 3) визначення видатків, які включатимуться до розрахунку витрат;
- 4) розподіл прямих витрат між усіма структурними підрозділами / відділеннями закладу охорони здоров'я;
- 5) визначення критеріїв розподілу витрат;
- 6) розподіл непрямих витрат;
- 7) виконання покрокового розподілу витрат «зверху донизу».

Аналогічно до наведеної вище методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування є потреба розробити й затвердити Методику розрахунку вартості послуги з реабілітаційного обслуговування населення, враховуючи відмінності в наданні медичної та реабілітаційної послуг.

Основними особливостями ринку реабілітаційних послуг, на думку різних фахівців, є такі:

- специфічність організації надання реабілітаційних послуг (більшість надавачів реабілітаційних послуг – реабілітаційних центрів, відділень, фахівців з реабілітації є мобільними й такими, що здатні швидко реагувати на зміну конкурентного середовища);
- специфічність процесу надання реабілітаційних послуг (наявний прямий очний контакт надавача і споживача реабілітаційної послуги; підвищені вимоги, крім професійних, ще й до культури спілкування надавача послуги);
- висока динамічність ринкових процесів (попит на реабілітаційні послуги є динамічним, зумовлений гнучкістю організаційної структури);

– територіальна сегментація (характеристика території, на якій розташований реабілітаційний заклад, впливає на його умови функціонування й на спектр реабілітаційних послуг);

– висока чутливість до ринкових змін (реабілітаційні послуги не можуть бути збережені в часі, складовані чи транспортовані);

– високий ступінь диференціації реабілітаційних послуг (є пов'язаним з персоналізацією попиту на реабілітаційні послуги та їх диверсифікованістю);

– невизначеність результату діяльності з надання реабілітаційних послуг (результат надання реабілітаційних послуг стовідсотково не можна передбачити; на нього має значний вплив персоната надавача послуги, його харизма; остаточна оцінка якості реабілітаційної послуги можлива після її повного отримання) [112, с. 11–13].

Також потрібно вказати, що споживач послуги може отримувати нові знання щодо інших можливих варіантів реабілітаційних послуг у процесі споживання першої з них.

У сучасному українському суспільстві недооцінена значущість медичної реабілітації.

Одним з нових напрямів є будівництво декількох лікарень і центрів реабілітації для учасників бойових дій. Таку ідею висловив чинний Президент України під час відвідування Республіканського центру лікування і реабілітації наслідків нейротравми для учасників бойових дій, який функціонує на базі Рівненського обласного госпіталю ветеранів війни [69].

Обласна державна адміністрація здійснює підрахунок вартості створення закладу такого типу. Це стане основою для можливого подальшого впровадження ідеї створення центрів реабілітації в декількох областях України.

Відповідно до Наказу Міністерства соціальної політики «Деякі питання комплексної реабілітації осіб з інвалідністю» № 855 від 09.08.2016

на регіональному рівні можуть створюватися центри комплексної реабілітації осіб з інвалідністю.

Згідно із цим наказом, центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю – це «...реабілітаційна установа, цільовим призначенням якої є здійснення комплексу реабілітаційних заходів, спрямованих на створення умов для всебічного розвитку осіб з інвалідністю, які досягли повноліття, та/або дітей з інвалідністю, та/або дітей віком до трьох років (включно), які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності, засвоєння ними знань, умінь, навичок, досягнення і збереження їхньої максимальної незалежності, фізичних, розумових, соціальних, професійних здібностей з метою максимальної реалізації особистого потенціалу» [48].

Потребу в комунальних реабілітаційних закладах мають визначати місцеві органи виконавчої влади, а рішення про їх заснування приймають органи місцевого самоврядування. Отже, центри комплексної реабілітації можуть бути створені для надання реабілітаційних послуг у таких випадках:

- для осіб з інвалідністю (повнолітніх), дітей з інвалідністю, дітей віком до двох років (включно), які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності;
- для лише повнолітніх осіб з інвалідністю, зокрема, молодого віку;
- для осіб з інвалідністю (повнолітніх), зокрема, молодого віку, та дітей з інвалідністю;
- для дітей з інвалідністю та дітей віком до двох років (включно), які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності;
- для лише дітей з інвалідністю [48].

Надання реабілітаційних послуг названим категоріям осіб, їх скерування до таких центрів регламентовано такими документами:

- Порядком надання інвалідам, дітям-інвалідам і дітям віком до двох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності, реабілітаційних послуг, затвердженим постановою Кабінету Міністрів

України від 31.01.2007 № 80 (у редакції постанови Кабінету Міністрів України від 11.12.2013 № 921);

– Наказом Міністерства соціальної політики «Про затвердження форм документів для отримання особами з інвалідністю та дітьми віком до двох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності, реабілітаційних (абілітаційних) послуг у реабілітаційних установах» від 28.07.2016 № 825, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28.07.2016 № 1121/29251.

У розділі III Типового положення про центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю є перелік структурних підрозділів, які можуть бути у такій установі, зокрема:

- 1) адміністрація;
- 2) відділення ранньої реабілітації (абілітації);
- 3) відділення соціальної реабілітації (абілітації);
- 4) відділення психологічної реабілітації;
- 5) відділення психолого-педагогічної реабілітації;
- 6) відділення фізичної реабілітації;
- 7) відділення фізкультурно-спортивної реабілітації;
- 8) відділення професійної реабілітації;
- 9) відділення трудової реабілітації / працетерапії (трудова майстерня);
- 10) відділення медичної реабілітації або медичного спостереження;
- 11) відділення тимчасового цілодобового перебування;
- 12) відділення стаціонарного перебування;
- 13) відділ господарського забезпечення;
- 14) служба соціального патронажу;
- 15) інші структурні підрозділи, діяльність яких пов'язана з реабілітацією (абілітацією) [49].

Із цього переліку випливає, що надання реабілітаційних послуг особам з обмеженням життєдіяльності (тимчасовим чи можливим) могло би здійснюватися у відділенні ранньої реабілітації, відділенні стаціонарного

перебування (за потреби) чи в інших (які можна створити) структурних підрозділах, діяльність яких пов'язана з реабілітацією.

Як видно із цього проаналізованого документа, центри комплексної реабілітації можуть бути створені для осіб з уже встановленою групою інвалідності. Винятком є діти до двох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності.

Отже, до таких закладів не можуть скеровуватися чи самотійно звертатися особи з обмеженням життєдіяльності й особи, у яких захворювання, травми, вроджені порушення або інші стани здоров'я можуть призвести до стійкого обмеження життєдіяльності, тобто всі ті особи, на яких поширюється дія законопроекту «Про реабілітацію осіб з обмеженнями життєдіяльності».

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 (справедливість розподілу між державними, комунальними, галузевими та приватними партнерами відповідальності й ризиків, які пов’язані з виконанням договорів) [179, ст. 3].

Згідно зі ст. 5 «Форми здійснення державно-приватного партнерства» Закону України «Про державно-приватне партнерство», у рамках його здійснення можуть укладатися такі види договорів:

– концесійний договір;

– договір управління майном (виключно за умови передбачення у договорі, укладеному в рамках державно-приватного партнерства, інвестиційних зобов’язань приватного партнера);

– договір про спільну діяльність;

– інші договори [179, ст. 5].

Також допускається підписання змішаного договору (містить елементи різних договорів, умови яких визначаються відповідно до цивільного законодавства України).

Нами 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.

На нашу думку, особливо доцільним є сприяння розвитку мережі реабілітаційних закладів у сільській місцевості, що дасть змогу наблизити реабілітаційну допомогу та послуги до населення, що проживає на такій території.

Додатковим аргументом за створення таких медико-реабілітаційних центрів у сільській місцевості є наближення й розширення медико-соціальних послуг для населення. Також можлива координація з наданням медичної допомоги та послуг сімейними лікарями, які на перших етапах здійснення процесів створення центрів (і в умовах дефіциту фахівців з реабілітації) могли би виконувати їх функції.

Створення й розвиток комплексних медико-реабілітаційних центрів у сільській місцевості, які надавали би медичні та реабілітаційні послуги особам з обмеженням чи можливим обмеженням життєдіяльності, автоматично створювало б робочі місця для відповідних фахівців з реабілітації й обслуговуючого персоналу цих центрів. Це також би розвивало відповідну інфраструктуру місцевості.

Лише за умови синергетичної взаємодії держави, бізнесу (інвесторів), 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.

3.3. Посилення механізму контролю за дотриманням стандартів якості надання медичної реабілітації

Ліцензування певного виду діяльності є засобом державного регулювання здійснення різних видів господарської діяльності. Ліцензування спрямоване на «...забезпечення безпеки та захисту економічних і соціальних інтересів держави, суспільства, прав та законних інтересів, життя і здоров'я людини, екологічної безпеки та охорони навколишнього природного середовища» [213, ст. 1].

Згідно зі ст. 7 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», видами господарської практики, які підлягають ліцензуванню у сфері охорони здоров'я, є такі [213]:

- виробництво лікарських засобів, оптова та роздрібна торгівля лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів (п. 10);
- медична практика (п. 15);
- заготівля та тестування донорської крові та компонентів крові незалежно від їх кінцевого призначення, переробка, зберігання, розподіл та реалізація донорської крові та компонентів крові, призначених для трансфузії (п. 34).

Отже, у переліку видів господарської діяльності, що підлягають ліцензуванню, є «медична практика». У березні 2016 р. прийнята окрема Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» № 285. Ці Ліцензійні умови встановлюють організаційні, кадрові і технологічні вимоги до матеріально-технічної бази ліцензіата, обов'язкові для виконання під час провадження господарської діяльності з медичної практики, а також визначають вичерпний перелік документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики [188]. Взагалі під «господарською діяльністю з медичної

практики» розуміють «вид господарської діяльності у сфері охорони здоров'я, який провадиться закладами охорони здоров'я та фізичними особами-підприємцями з метою надання медичної допомоги та медичного обслуговування на підставі ліцензії» [188, п. 4].

У цій постанові до видів медичної допомоги віднесено й медичну реабілітацію. Також зазначено, що «...за місцем проживання (перебування) пацієнта може надаватися допомога у проходженні медичної реабілітації» [188, п. 10]. Згідно з п. 11, ліцензіат у своїй медичній практиці використовує тільки ті методи реабілітації, що не заборонені до застосування Міністерством охорони здоров'я України [188, п. 11].

Згідно з принципами державної політики у сфері ліцензування, така політика ґрунтується, зокрема, на принципі «єдиної державної системи ліцензування», що реалізується шляхом встановлення єдиного переліку видів господарської діяльності, що підлягають ліцензуванню, виключно цим Законом і принципі «дотримання законності», який передбачає, що запровадження ліцензування виду господарської діяльності здійснюється виключно законом шляхом внесення змін до ст. 37 цього Закону [213, ст. 3].

У Проекті Закону України «Про реабілітацію осіб з обмеженнями життєдіяльності» (ст. 11 «Фахівці з реабілітації») зазначено, що «...надання реабілітаційної допомоги фахівцями з реабілітації здійснюється на підставі ліцензії на провадження господарської діяльності з реабілітаційної практики», а також, що фахівці з реабілітації, які надають допомогу особам, що потребують реабілітації, зобов'язані проходити атестацію в порядку, розробленому Міністерством охорони здоров'я України та затвердженому Кабінетом Міністрів України [219, ст. 11].

Тобто цим законопроектом запропоновано ввести принципово новий вид господарської діяльності, а саме реабілітаційну практику. Вона повинна ґрунтуватися на реабілітаційній парадигмі у сфері охорони здоров'я. Для неї характерні принципові відмінності від господарської діяльності з медичної практики. Нагадаємо, що ліцензування господарської діяльності з медичної

практики є необхідним для підписання договору закладом охорони здоров'я чи фізичною особою-підприємцем, яка провадить свою діяльність у цій сфері з Національною службою охорони здоров'я України для здійснення медичного обслуговування населення за програмами медичних гарантій.

Також варто нагадати, що медична реабілітація входить до Програми медичних гарантій, яка включає пакети медичних послуг, пов'язані з наданням за принципом екстериторіальності:

- 1) екстреної медичної допомоги;
- 2) первинної медичної допомоги;
- 3) вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги;
- 4) третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- 5) паліативної медичної допомоги;
- 6) медичної реабілітації;
- 7) медичної допомоги дітям до 16 років;
- 8) медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами [52, п. 4].

Зокрема, Національна служба здоров'я України укладає договори у таких випадках, безпосередньо пов'язаних з наданням реабілітаційної допомоги [51, п. 10; 52, пп. 24–26]:

- медична реабілітація немовлят, які народилися передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя;
- медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням опорно-рухового апарату;
- медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням нервової системи.

Проведений аналіз Проєкту Закону України «Про реабілітацію осіб з обмеженнями життєдіяльності» дав змогу виокремити такі проблемні аспекти щодо забезпечення якості надання медико-реабілітаційної допомоги.

Серед загальних принципів проведення реабілітації такі: пацієнтоцентричності (планування та проведення реабілітації з

урахуванням потреб, можливостей та побажань особи, якій надається реабілітаційна допомога, або її законного представника, членів її сім'ї, а також безпосередню їхню участь у розробленні, реалізації та внесенні змін до індивідуального реабілітаційного плану); цілеспрямованості (спрямованість організації процесу реабілітації на досягнення довго- та короткострокових цілей); своєчасності (початок реабілітації в гострому реабілітаційному періоді або одразу після стабілізації стану здоров'я з хронічним перебігом, індивідуальний реабілітаційний план має невідкладно змінюватися при змінах функціонального стану особи, якій надається реабілітаційна допомога); послідовності (зв'язок кожного наступного етапу процесу реабілітації з попереднім та врахування фактичних змін функціонального стану особи, якій надається реабілітаційна допомога); безперервності (безперервність процесу реабілітації протягом усіх реабілітаційних періодів); функціональної спрямованості (спрямованість реабілітаційної допомоги на досягнення оптимального рівня функціонування та якості життя особи в її середовищі), – однак не вказаний принцип якості надання реабілітаційної допомоги і послуг.

Право громадян на кваліфіковану медичну та реабілітаційну допомогу є задекларованим державою в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (п. «д» ст. 6). Якість медичної та реабілітаційної допомоги є одним з основних напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я. На важливості цієї компоненти національних систем охорони здоров'я наголошено в рамковому документі Всесвітньої організації охорони здоров'я «Health21 – health for all in the 21st century» («Політика досягнення здоров'я для всіх у двадцять першому столітті»), який був прийнятий на Третій конференції на рівні міністрів охорони навколишнього середовища і охорони здоров'я у Лондоні в 1998 р. Серед завдань сторіччя звернімо увагу на Мету 16 – «Managing for quality of care» («Управління і забезпечення якості допомоги») [296].

У ст. 3–4 Конвенції про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини, Конвенції про права та біомедицину, прийнятої Радою Європи 04.04.1997, стверджується рівноправний доступ до медичної допомоги і використання професійних стандартів [86]: «...Сторони (держави – члени Ради Європи, інші держави та Європейське співтовариство), враховуючи медичні потреби та наявні ресурси, вживають відповідних заходів для забезпечення в межах їхньої юрисдикції рівноправного доступу до медичної допомоги належної якості. Будь-яке втручання у сферу охорони здоров'я, включаючи наукові дослідження (*а також надання реабілітаційних послуг* – доповнено *І. Б.*), повинно здійснюватися згідно із відповідними професійними обов'язками і стандартами».

У вересні 2007 р. Європейська економічна і соціальна рада затвердила ініціативу з прав пацієнтів, визнавши в ній, що кожний громадянин має право доступу до високоякісних медичних послуг на умовах дотримання стандартів якості і лікування, а також затвердивши, що право на якісну медичну і реабілітаційну допомогу вимагає від закладів охорони здоров'я і вільно практикуючих лікарів забезпечити задовільний рівень послуг, комфорту та етичних відносин [150, с. 112].

На Міністерство охорони здоров'я України як центральний орган виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, покладено функцію здійснення моніторингу та оцінки якості проведення реабілітації у сфері охорони здоров'я в реабілітаційних закладах, відділеннях, підрозділах. Також Міністерство охорони здоров'я України повинно брати участь у процесі забезпечення контролю якості технічних та інших засобів реабілітації [219, ст. 16].

У минулі роки, на нашу думку, основними причинами неефективності національної системи охорони здоров'я (до введення Програми державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення) були такі:

- відсутність кореляції між фінансуванням і якістю наданих медичних послуг;
- відсутність мотиваційного механізму до підвищення якості праці у медичних працівників;
- дисбаланс у структурі наданої медичної допомоги і послуг у бік надання вторинної і третинної видів медичної допомоги і медичних послуг, на противагу первинній медичній допомозі;
- дублювання медичних послуг на різних рівнях надання медичної допомоги;
- відсутність механізмів перерозподілу пацієнтів у системі охорони здоров'я, перевантаження обласних закладів охорони здоров'я;
- низький рівень автономізації закладів охорони здоров'я, їх фінансового забезпечення;
- недостатньо швидке впровадження у діяльність стандартів і протоколів надання медичної допомоги і послуг;
- значний рівень неформальних платежів у процесі отримання медичної допомоги і послуг;
- та інші.

Враховуючи вищенаведені аргументи, вважаємо за потрібне розробити Концепцію якості національної системи медичної реабілітації в Україні.

Метою пропонованої Концепції є створення і забезпечення функціонування системи дотримання якості надання реабілітаційної допомоги і реабілітаційних послуг населенню України.

Основними цілями пропонованої Концепції ми вважаємо такі:

- підвищення якості надання реабілітаційної допомоги і реабілітаційних послуг;
- підвищення рівнів індивідуального і громадського здоров'я населення України;

- зростання відповідальності громадян за стан свого здоров'я, громадського здоров'я;
- підвищення рівня географічної і вікової доступності реабілітаційної допомоги і реабілітаційних послуг;
- здійснення повної стандартизації надання реабілітаційної допомоги і реабілітаційних послуг і забезпечення процесу постійного професійного оновлення цих стандартів;
- покращення механізмів правового захисту як надавачів, так і споживачів реабілітаційної допомоги і реабілітаційних послуг;
- зростання рівня задоволеності споживачів якістю наданої реабілітаційної допомоги і реабілітаційних послуг;
- стимулювання до впровадження у реабілітаційний процес реабілітаційними закладами і фізичними особами-підприємцями, що здійснюють господарську діяльність з реабілітаційної практики, новітніх методів надання реабілітаційної допомоги і реабілітаційних послуг, які базуються на принципах доказової реабілітації;
- підвищення рівня знань населення щодо забезпечення здорового способу життя.

Основною парадигмою Концепції якості національної системи медичної реабілітації в Україні є забезпечення дотримання процесу безперервного підвищення якості, що передбачає комплексність, постійність, результативність за відношенням до власне процесу.

Клінічний аудит, як обов'язковий компонент процесу вдосконалення якості реабілітаційної допомоги й реабілітаційних послуг, спрямований на забезпечення кращих результатів отриманої реабілітаційної допомоги й послуг. За допомогою клінічного аудиту здійснюється постійне зіставлення рівнів складових реабілітаційної допомоги, виявлення змін і впровадження необхідних коректив за потреби.

Оцінюються компоненти структури, процесу та результату реабілітаційної допомоги й послуг. Відповідно необхідні корективи можуть

впроваджуватися на індивідуальному (стосовно надавача реабілітаційної допомоги й послуг), груповому (мультидисциплінарна реабілітаційна команда; заклад реабілітаційної допомоги, його відділення, підрозділ) чи інституціональному (орган публічної влади у сфері охорони здоров'я на регіональному чи національному рівнях) рівнях.

Окремою компонентою загальної оцінки якості надання реабілітаційної допомоги й реабілітаційних послуг є експертна оцінка. Її впровадження потребує розробки індикаторів якості. Вимогами до таких індикаторів є забезпечення об'єктивності оцінки й конкретизації виявлення «вузького» місця, де локалізовані проблемні аспекти надання реабілітаційної допомоги й послуг.

Основним компонентом, що забезпечує можливість управління процесом підвищення якості реабілітаційної допомоги й реабілітаційних послуг, є процес створення стандартів і протоколів надання реабілітаційної допомоги та реабілітаційних послуг.

Власне стандартизація реабілітаційної допомоги й реабілітаційних послуг є пріоритетним напрямом розвитку національної системи реабілітації в Україні. Основним завданням є якнайшвидша розробка та впровадження в реабілітаційну практику стандартів надання реабілітаційної допомоги й реабілітаційних послуг, розроблених з обов'язковим використанням принципів доказової реабілітації. Водночас є потреба відміни дії тих нормативно-правових документів, що не відповідають принципам доказовості. Об'єктами стандартизації повинні бути всі складові процесу надання реабілітаційної допомоги й реабілітаційних послуг надавачами такої допомоги та послуг.

Контроль за дотриманням власне процесу, а не стандартів, повинен бути покладений на державу, а саме на центральний орган виконавчої влади у сфері охорони здоров'я (Міністерство охорони здоров'я України).

Змістовний контроль за процесом розробки стандартів надання реабілітаційної допомоги і реабілітаційних послуг покладено на професійні

асоціації реабілітологів і лікарів суміжних спеціальностей, які можуть бути задіяні у мультидисциплінарних реабілітаційних командах.

Внутрішній контроль за якістю надання реабілітаційної допомоги і реабілітаційних послуг може здійснюватися адміністрацією реабілітаційних закладів чи професійними асоціаціями фахівців з реабілітації.

Основними завданнями внутрішнього контролю щодо якості надання реабілітаційної допомоги і реабілітаційних послуг мають бути:

- експертна оцінка процесу надання реабілітаційної допомоги і реабілітаційних послуг;
- визначення рівня задоволеності споживачів реабілітаційної допомоги і реабілітаційних послуг їх якістю;
- виявлення, аналіз і усунення факторів, що негативно впливають на якість надання реабілітаційної допомоги і реабілітаційних послуг;
- та інші.

Потрібно забезпечити також адекватне реагування й виправлення обґрунтованих потреб споживачів щодо реабілітаційного обслуговування. Аналіз рівня задоволеності пацієнтів з реабілітаційним закладом чи фізичною особою-підприємцем, хто здійснює господарську діяльність з реабілітаційної практики, повинен здійснюватися з використанням різних методів достовірних соціологічних досліджень.

Як відомо, Всесвітня організація охорони здоров'я пропонує такі напрями у процесі забезпечення управління якістю:

- 1) політика (стратегія, бачення та участь уряду щодо вдосконалення якості);
- 2) організація (ефективні механізми здійснення національної політики в межах органів влади всіх рівнів з визначеними завданнями та функціями системи охорони здоров'я);
- 3) методологія (забезпечення ефективних методичних підходів до вдосконалення якості, постійного її розвитку на державному і місцевому

рівнях, з урахуванням національного та міжнародного досвіду і наукових доказів);

4) ресурси (відповідальність за ресурсне забезпечення програми якості, що першочергово забезпечує оптимальний рівень знань, навичок і інформації, необхідних для вдосконалення якості).

Основні шляхи реалізації Концепції:

1. Підвищення якості надання реабілітаційної допомоги і реабілітаційних послуг шляхом:

- створення ефективної системи їх стандартизації;
- розробки і впровадження нормативно-правових актів, що регламентують процес створення і затвердження стандартів надання реабілітаційної допомоги і реабілітаційних послуг з використанням принципів доказової реабілітації;
- створення реабілітаційного плану пацієнта і впровадження його у систему eHealth;
- розробка оціночних методик для характеристики ефективності, економічних витрат, організаційних потреб на впровадження якоїсь нової технології чи методики у процес надання реабілітаційної допомоги і реабілітаційних послуг;
- покращення матеріально-технічного забезпечення державних і комунальних реабілітаційних закладів;
- розробка і впровадження системи індикаторів якості роботи реабілітаційних закладів;
- делегування професійним асоціаціям реабілітологів і лікарів суміжних спеціальностей, які можуть бути задіяні у мультидисциплінарних реабілітаційних командах, право здійснювати сертифікацію у сфері медичної реабілітації;
- створення незалежних центрів оцінювання відповідності реабілітаційної практики ліцензійним вимогам, з участю у таких центрах представників асоціацій пацієнтів, неурядових громадських організацій,

професійних медичних асоціацій, членів наукових організацій у сфері охорони здоров'я;

- розробка та затвердження нормативно-правових документів щодо різних аспектів діяльності реабілітаційних закладів;

- запровадження інформаційних технологій надання реабілітаційної допомоги і реабілітаційних послуг, створення баз даних щодо пацієнтів реабілітаційних закладів і фізичних осіб-підприємців, що здійснюють господарську діяльність з реабілітаційної практики.

2. Підвищення доступності реабілітаційної допомоги і реабілітаційних послуг населенню держави шляхом:

- визначення кадрових потреб галузі, виходячи з нормативів забезпечення реабілітаційною допомогою осіб з обмеженням чи можливим обмеженням функціонування;

- забезпечення підготовки фахівців з реабілітації відповідно до освітніх нормативів;

- забезпечення відповідного ресурсного забезпечення державних і комунальних реабілітаційних закладів;

- розмежування рівнів (первинний, вторинний і третинний) і періодів (гострий, підгострий, довготривалий) надання реабілітаційної допомоги і реабілітаційних послуг;

- розвиток і впровадження телемедичних технологій, де це допускається індивідуальним реабілітаційним планом пацієнта;

- підтримки державно-приватного партнерства і допуску приватних структур до участі у конкурсах з права надання реабілітаційної допомоги і реабілітаційних послуг;

- створення державно-управлінської вертикалі для реалізації державної політики у сфері надання реабілітаційної допомоги і реабілітаційних послуг населенню держави.

3. Створення моделі ефективного фінансово-економічного забезпечення функціонування системи медичної реабілітації шляхом:

- створення економічної мотивації для покращення якості реабілітаційної допомоги і реабілітаційних послуг;
- створення єдиного реабілітаційного простору;
- створення умов для забезпечення здорового способу життя населення шляхом розвитку спортивно-оздоровчої інфраструктури та активного відпочинку.

Очікуваними результатами реалізації Концепції якості національної системи медичної реабілітації в Україні будуть такі:

- створення уніфікованої системи управління якістю реабілітаційної допомоги і реабілітаційних послуг в Україні;
- впровадження створеної уніфікованої системи управління якістю реабілітаційної допомоги і реабілітаційних послуг на всіх інституціональних рівнях національної системи охорони здоров'я;
- налагодження координації взаємодії усіх суб'єктів сфери охорони здоров'я, які надають реабілітаційну допомогу і реабілітаційні послуги населенню держави;
- підвищення кількісних і якісних показників якості, ефективності і результативності реабілітаційної допомоги і реабілітаційних послуг населенню держави;
- модернізація національних систем ліцензування, атестації, сертифікації, стандартизації у сфері охорони здоров'я (системі медичної реабілітації) з використанням стандартів і протоколів надання реабілітаційної допомоги і реабілітаційних послуг;
- використання у процесі надання реабілітаційної допомоги і реабілітаційних послуг методик, обладнання і засобів, ефективність яких базується на принципі доказової реабілітації;
- покращення мотиваційного механізму державного управління системою медичної реабілітації;
- застосування професійних медичних асоціацій, наукових організацій, неурядових громадських організацій, діяльність яких пов'язана

з системою медичної реабілітації, у процесі забезпечення безперервного підвищення якості надання реабілітаційної допомоги і реабілітаційних послуг громадянам держави, що їх потребують чи можуть потребувати;

- удосконалення кадрового механізму щодо професійної підготовки фахівців з реабілітації для їх подальшої роботи у сфері охорони здоров'я;

- підвищення ефективності використання фінансових, матеріально-технічних і кадрових ресурсів у підсистемі медичної реабілітації національної сфери охорони здоров'я;

- покращення здоров'я населення;

- зниження показників інвалідності населення України.

Висновки до третього розділу

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 сучасних принципів здобуття освіти впродовж життя, освіти шириною в 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 та ООС, осіб, постраждалих у районах їх проведення; нормативно-правової стандартизації підходів до 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.

Обґрунтовано, що для сталого розвитку системи медичної реабілітації важливе значення має кадрове забезпечення цієї системи. Спостерігається дефіцит фахівців з напряму 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 фахівців 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 (справедливість 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 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 плинність 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 ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авер'янова В. Б. Державне управління: проблеми адміністративноправової теорії та практики : навч. посіб. URL: <http://pravoznaves.com.ua/books> (дата звернення: 23.07.2016).
2. Авраменко Н. В. Державне управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні : автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.02 / Класичний приватний університет. Запоріжжя, 2011. 36 с.
3. Авчухова А. М., Кочемировська О. О. Щодо проблем розвитку соціальної інфраструктури сільських населених пунктів : аналітична записка / Національний інститут стратегічних досліджень при Президентові України. URL: <http://www.niss.gov.ua/articles/1132/> (дата звернення: 20.07.2020).
4. Алма-Атинська декларація : прийнята Міжнародною конференцією по первинній медико-санітарній допомозі 12 вересня 1978 р. URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/almaata78.shtml (дата звернення: 12.07.2020).
5. Англо-український словник-довідник термінів з фінансування та управління у сфері охорони здоров'я / уклад.: Н. Солоненко, В. Ананьєв, В. Рудий та ін. ; за заг. ред. А. Малагардіса, Е. Ліннако. Київ, 2006. 138 с.
6. Антонюк С. А. Державне регулювання розвитку приватного сектора в охороні здоров'я України на регіональному рівні : автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.02 / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2006. 20 с.
7. Антонюк В. П. Формування та використання людського капіталу в Україні: соціально-економічна оцінка та забезпечення розвитку : монографія. Донецьк : Ін-т економіки промисловості, 2007. 347 с.
8. Астапова Г. В., Астапова Е. А., Лойко Д. П. Организационно-экономический механизм корпоративного управления в современных

условиях реформирования экономики Украины : монография. Донецк : ДонГУЭТ им. М. Туган-Барановского, 2001. 526 с.

9. Атаманчук Г. В. Теория государственного управления. Москва : Омега-Л, 2004. 577 с.

10. Афанасьева Т. С. Маркетинговое исследование динамики функционирования рынков с нелинейной парадигмой развития. *Вестник Новгородского государственного университета имени Ярослава Мудрого*. 2011. № 61. С. 43–49.

11. Бакуменко В. Д. Формування державно-управлінських рішень: Проблеми теорії, методології, практики : монографія. Київ : Вид-во УАДУ, 2000. 328 с.

12. Бакуменко В. Д., Кравченко С. О. Методологія системних досліджень в державному управлінні : навч. посіб. Київ : ВПЦ АМУ, 2011. 116 с.

13. Бакуменко В. Д., Чалая Н. Д. Особенности управления экономическим развитием регионов в Украине. *Государственное управление : электронный вестник*. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennostiupravleniya-ekonomicheskim-razvitiem-regionov-v-ukraine> (дата обращения: 22.06.2017).

14. Балуєва О. В. Удосконалення механізмів державного управління розвитком інформаційної системи галузі охорони здоров'я : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02. Донецьк, 2007. 20 с

15. Балуєва О. В. Умови використання інформаційних технологій у галузі охорони здоров'я. *Університетські наукові записки*. 2005. № 4 (16). С. 387–391.

16. Бедрик І.О. Державне регулювання приватної стоматологічної діяльності в Україні: організаційно-правові засади : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2010. 20 с.

17. Беліченко А. В. Державне регулювання забезпечення населення лікарськими засобами : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України ; Харк. регіон. ін-т держ. упр. Харків, 2010. 20 с.

18. Беллі П., Джигир Ю., Майнзюк К., Мірошніченко А., Горошко А. Як працює система? Новий підхід до аналізу і оцінки процесів управління в системі охорони здоров'я в Україні. Вашингтон : Світовий банк, 2015. 60 с.

19. Белікова Н. О. Основні визначення фізично-реабілітаційної освіти. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами*. 2009. № 6 (8). URL: <http://ap.uu.edu.ua/article/177> (дата звернення: 10.07.2020).

20. Буравльов Л. О. Механізми державного регулювання приватного сектора в галузі охорони здоров'я України : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України. Київ, 2010. 20 с.

21. Бурков В. Н., Губко М. В., Динова Н. И. Механізми управління. Москва : УРСС (Editorial URSS), 2011. 216 с.

22. Вашев О. Є., Мазурок О. В. Розвиток муніципальної медицини як складова реформування системи охорони здоров'я. *Теорія та практика державного управління* : зб. наук. пр. Харків : Вид-во ХарРІ НАДУ «Магістр», 2015. Вип. 1 (48). С. 101–106.

23. Великий тлумачний словник сучасної української мови (з дод. і допов.) / уклад. і голов. ред. В. Т. Бусел. Київ ; Ірпінь : Перун, 2005. 1728 с.

24. Виноградов О. В. Механізми державного управління багатоканальним фінансуванням системи охорони здоров'я України : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України. Київ, 2009. 20 с.

25. Вовк С. М. Механізми державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я : дис. ... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.02 / Донецький держ. ун-т управління. Маріуполь, 2019. 492 с.
26. Вовк С. М. Системні трансформації охорони здоров'я : монографія. Кривий Ріг : Вид-во Р. А. Козлов, 2017. 315 с.
27. Вовк С. М. Процесс системной трансформации здравоохранения в переходный период. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2015. № 1 (1). С. 11–14.
28. Вовк С. М., Лобас В. М., Черныш Е. И. Преобразование собственности лечебных учреждений Украины. International Scientific Conference Formation of Modern Economic Area: Benefits, Risks, Implementation Mechanisms : Conference Proceedings. Tbilisi : SSOTU, 2016. № III. Р. 61–64.
29. Войцехович Б., Редько А., Козиева И. Предпринимательская деятельность в здравоохранении. Минск : Высшее образование, 2008. 208 с.
30. Волкова І. І. Розвиток санаторно-курортних закладів України. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна*. 2013. № 1086. С. 120–125. URL: <http://international-relations-tourism.karazin.ua/themes/irtb/resources/34ed0a287257b6f7d99285f3de123508.pdf> (дата звернення: 02.08.2020).
31. Волос Б. Е., Мавров И. И. Проблемы качества и эффективности медицинской помощи. *Международный медицинский журнал*. 2006. Т. 12. № 1. С. 128–132.
32. Вороненко Ю. В., Губський К. І., Царенко А. В. Створення системи паліативної і хоспісної допомоги в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: медичні та соціальні аспекти. *Наука і практика. Міжвідомчий медичний журнал*. 2014. № 1 (2). С. 63–75.
33. Гаєвський Б. А. Українська політологія: концептуальні засади. Київ : МАУП, 1994. 142 с.

34. Галацан О.В. Організаційно-економічний механізм управління охороною здоров'я : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Харк. регіон. ін-т держ. упр. Харків : 2004. 17 с.

35. Гафурова О. В. Правове регулювання державної підтримки сільської медицини. *Науковий вісник Національного університету біоресурсів і природокористування України*. 2011. Вип. 165. Ч. 1. С. 58–62.

36. Гладун З. С. Державне управління в галузі охорони здоров'я : монографія. Тернопіль : Укрмедкнига, 1999. 312 с.

37. Гойда Н. Г., Курділь Н. В., Вороненко В. В. Нормативно-правове забезпечення державно-приватного партнерства в охороні здоров'я України. *Запорізький медичний журнал*. 2013. № 5 (80). С. 104–108.

38. Григорович В. Р. Державне управління процесами підготовки та прийняття управлінських рішень у системі охорони здоров'я України : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2011. 20 с.

39. Грузєва Т. С. Обґрунтування та розробка системи досягнення рівності в охороні здоров'я населення в сучасних умовах стратифікації суспільства : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.02.03 / Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця. Київ, 2004. 39 с.

40. Дейниховська К. А. Політичні стратегії як засіб удосконалення управління охороною здоров'я : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.01 / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України, Харк. регіон. ін-т держ. упр. Харків, 2011. 18 с.

41. Декларація про розвиток прав пацієнтів у Європі Україна крізь призму європейської хартії прав пацієнтів: результати виконання в Україні другого етапу європейських досліджень на відповідність стандартам ЄС з прав пацієнтів. Київ : Вид-во ТОВ «Дизайн і поліграфія», 2012. 158 с.

42. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. / заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша. Київ : НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.
43. Державне управління та державна служба : словник-довідник / уклад. О. Ю. Оболенський. Київ : КНЕУ, 2005. 480 с.
44. Державне управління : словник-довідник / уклад.: В. Д. Бакуменко та ін. ; за заг. ред. В. М. Князева. Київ : Вид-во УАДУ, 2002. 228 с.
45. Державне управління охороною здоров'я України : монографія / уклад.: В. В. Лазоришинець, Г. О. Слабкий, Н. П. Ярош, Л. А. Чепелевська, М. В. Шевченк та ін. Київ, 2014. 312 с.
46. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні : навч.-наук. вид. / за заг. ред. М. М. Білинської. Київ ; Львів : НАДУ, 2012. 240 с.
47. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 411. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/deyaki-pitannya-elektronnoyi-sistemi-ohoronizdorovya> (дата звернення: 15.05.2018).
48. Деякі питання комплексної реабілітації осіб з інвалідністю: наказ Міністерства соціальної політики України від 9 серпня 2016 р. № 855. *Офіційний вісник України*. 2016. № 73. С. 152. Ст. 2474. Код акта 83120/2016. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1209-16#Text> (дата звернення: 15.07.2020).
49. Деякі питання оптимізації державних цільових програм і національних проектів, економії бюджетних коштів та визнання такими, що втратили чинність, деяких актів Кабінету Міністрів України : Постанова Кабінету Міністрів України від 5 березня 2014 р. № 71. *Офіційний вісник України*. 2014. № 24. С. 47. Ст. 737. Код акту 71911/2014.
50. Деякі питання протезування та ортезування виробами підвищеної функціональності за новітніми технологіями та технологіями

виготовлення, які відсутні в Україні, та/або спеціальними виробами для занять спортом окремих категорій громадян, які брали участь в антитерористичній операції чи у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях, та/або забезпеченні їх проведення і втратили функціональні можливості кінцівки або кінцівок : Постанова Кабінету Міністрів України від 1 жовтня 2014 р. № 518. *Офіційний вісник України*. 2014 р. № 82. С. 55. Ст. 2330. Код акта 74232/2014. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/518-2014-%D0%BF#Text> (дата звернення: 15.07.2020).

51. Деякі питання реалізації пілотного проекту щодо розвитку системи медичної допомоги у Вінницькій, Донецькій, Одеській, Полтавській, Тернопільській областях та м. Києві та створення оперативно-диспетчерських служб : Постанова Кабінету Міністрів України від 22 травня 2019 р. № 425. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/view/kp190425?an=1> (дата звернення: 12.07.2020).

52. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році та I кварталі 2021 року : Постанова Кабінету Міністрів України від 5 лютого 2020 р. № 65. *Офіційний вісник України*. 2020. № 18. С. 22. Ст. 688. Код акта 98217/2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/65-2020-%D0%BF#Text> (дата звернення: 05.07.2020).

53. Дегтяр О. А. Державне регулювання розвитку соціальної сфери: концептуальні засади та практика : монографія. Харків : С.А.М., 2014. 508 с.

54. Джафарова Д. М. Управління реформуванням первинної медико-санітарної допомоги на місцевому рівні (на прикладі м. Львова) : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Львів. регіон. ін-т держ. упр. Нац. акад. держ. упр. при Президенті України. Львів, 2004. 20 с.

55. Добрынин Н. М. Универсальный энциклопедический словарь для всех и каждого: современная версия новейшей истории государства. Москва : Наука, 2012. 605 с.

56. Другий Факультативний протокол до Міжнародного пакту про громадянські і політичні права, що стосується скасування смертної кари (прийнятий резолюцією 44/128 Генеральної Асамблеї від 15 грудня 1989 р.). *Офіційний вісник України*. 2007. № 24. С. 30. Ст. 974. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_187 (дата звернення: 11.07.2020).

57. Думанский Ю. В., Шутов М. М., Лобас В. М., Вовк С. М. Современное состояние систем здравоохранения мира : монография. Донецк : ВИК, 2013. 367 с.

58. Енциклопедія державного управління : у 8 т. / наук.-ред. колегія : Ю. П. Сурмін, П. І. Надолішній та ін. Київ : НАДУ, 2011. Т. 2 : Методологія державного управління. 692 с

59. Енциклопедія державного управління : у 8 т. / уклад. : І. А. Грицяк, Ю. П. Сурмін та ін. Київ : НАДУ, 2011. Т. 7 : Державне управління в умовах глобальної та європейської інтеграції. 764 с.

60. Європейська соціальна хартія (переглянута). *Офіційний вісник України*. 2006. № 40. С. 37. Ст. 2660. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_062 (дата звернення: 11.07.2020).

61. Євтушенко О. А. Механізми державного управління ціноутворенням в охороні здоров'я : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Донец. держ. ун-т упр. Донецьк, 2006. 20 с.

62. Жаховський В. О. Державне управління системою формування кадрового потенціалу медичної служби Збройних Сил у контексті європейської та євроатлантичної інтеграції України : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2005. 20 с.

63. Загальна декларація прав людини (прийнята і проголошена резолюцією 217 А (III) Генеральної Асамблеї ООН від 10 грудня

1948 року). *Офіційний вісник України*. 2008. № 93. С. 89. Ст. 3103. Код акта 45085/2008. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_015 (дата звернення: 11.07.2020).

64. Загородній В.В. Механізми державного регулювання реформуванням системи охорони здоров'я (на матеріалах м. Києва) : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.05 / Укр. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2001. 17 с.

65. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2015 році : статистичний бюлетень. Київ : Державна служба статистики України. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/> (дата звернення: 18.07.2020).

66. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2017 році : статистичний збірник. Київ : Державна служба статистики України, 2018. 109 с. URL: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2018/zb/06/zb_zoz_17.pdf (дата звернення: 18.07.2020).

67. Зарецька Н. В., Гридковецька Л. М. Організаційні засади надання психологічної реабілітації учасникам АТО та членам їх сімей. *Вісник [Київського інституту бізнесу та технологій]*. 2016. Вип. № 3 (31). С. 26–33.

68. Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/215432/ (дата обращения: 15.11.2017).

69. Зеленський виступив з ініціативою будівництва центрів реабілітації учасників війни на Донбасі. URL: <https://lenta.ua/ua/zelenskiy-vistupiv-z-initsiativoyu-budivnitstva-tsentriv-reabilitatsiyi-uchasnikiv-viyni-na-donbasi-70765/> (дата звернення: 11.07.2020).

70. Зіменковський А. Б. Наукове обґрунтування концептуальної моделі управління якістю в охороні здоров'я України шляхом системного розвитку медичної стандартизації : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.02.03 / Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П. Л. Шупика. Київ, 2007. 34 с.

71. Зогий І. М. Міжнародно-правові стандарти медичної допомоги та законодавство України. *Актуальні проблеми держави і права*. 2011. URL: http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&Z21ID=&Image_file_name=PDF%2Fapdp_2011_57_38.pdf&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1 (дата звернення: 21.07.2020).
72. Жадан І. О. Організаційно-правовий аспект державного управління інноваціями в Україні. *Статистика України*. 2006. № 4. С. 69–77.
73. Інформаційний перелік санаторно-курортних закладів у розрізі регіонів, місцезнаходження та профілів санаторно-курортного лікування, за якими надаються санаторно-курортні послуги потерпілим (особам з інвалідністю) внаслідок нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання. URL: <http://www.fssu.gov.ua/fse/control/main/uk/publish/article/962596> (дата звернення: 28.07.2020).
74. Іскра Н. І., Печиборщ В. П., Михайловський М. М., Кузьмін В. Ю., Ярощук Д. В. Основні принципи організації та діяльності системи екстреної медичної допомоги. URL: https://www.researchgate.net/publication/329840535_OSNOVNI_PRINCIPI_ORGANIZACII_TA_DIALNOSTI_SISTEMI_EKSTRENOI_MEDICNOI_DOPOMOGI (дата звернення: 22.07.2020).
75. Карамішев Д. В. Державне регулювання інноваційних процесів у системі охорони здоров'я: автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.02. Донецьк, 2007. 36 с.
76. Карамішев Д. В. Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров'я (державноуправлінські аспекти) : монографія. Харків : Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2004. 304 с.

77. Карамишев Д. В. Стратегічне управління інноваційними процесами в системі охорони здоров'я: державні механізми : монографія. Харків : Вид-во ХарРІ НАДУ «Магістр», 2006. 401 с.

78. Карамишев Д. В., Радиш Я. Ф., Радиш Я. Л. Якість медичної допомоги – інтегральний показник соціальної ефективності управління системою охорони здоров'я. *Вісник НАДУ при Президентіві України*. 2005. № 4. С. 415–420.

79. Карамишев Д. В., Удовиченко Н. М. Основні принципи функціонування системи охорони здоров'я в контексті загальнолюдських цінностей соціальної держави. *Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення)* : матер. II Всеукр. наук.-практ. конфер. (17–18 квітня 2008 р.). Львів, 2008. С. 129–136.

80. Клименко П. М., Грабовський В. А. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я. *Вісник НАДУ*. 2014. № 3. С. 136–143.

81. Коваль А. М. Статус пацієнта: адміністративно-правове регулювання : автореф. дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.07 / Нац. ун-т держ. податк. служби України. Ірпінь, 2011. 20 с.

82. Ковригіна В. Є. Адміністративно-правове регулювання екстреної медичної допомоги : автореф. дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.07 / Київ. нац. ун-т внутр. справ. Київ, 2017. 20 с.

83. Козуліна С. О. Механізми державного управління діяльністю закладів охорони здоров'я (організаційно-правовий аспект) : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Одес. регіон. ін-т держ. упр. Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України. Одеса, 2004. 20 с.

84. Коломийчук В. С. Соціально-економічні механізми управління адміністративним районом в системі регіонального розвитку : автореф. дис. ... д-ра екон. наук : 08.10.01. Тернопіль, 2000. 40 с.

85. Комисаренко Е. Е. Формування механізмів державного регулювання розвитком трансплантології в Україні : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Класич. приват. ун-т. Запоріжжя, 2010. 20 с.

86. Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини : Конвенція про права людини та біомедицину (Ов'єдо, 4 квітня 1997 р.) URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_334 (дата звернення: 28.07.2020).

87. Конвенція про права дитини (ратифіковано Постановою Верховної Ради України від 27 лютого 1991 р. № 789-XII). URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_021 (дата звернення: 19.07.2020).

88. Коротич О. Б. Державне управління регіональним розвитком України : монографія. Харків : Вид-во ХарПІДУ УАДУ «Магістр», 2006. 220 с.

89. Котляревський Ю. О. Організаційно-економічний механізм державного регулювання якості медичних послуг в Україні : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України, Харк. регіон. ін-т держ. упр. Харків, 2009. 20 с.

90. Кризина Н. П. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: механізми формування та реалізації : автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.02 / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2008. 36 с.

91. Кризина Н. П. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: механізми формування та реалізації. URL: <http://www.lib.ua-ru.net/diss/cont/350020.html> (дата звернення: 29.07.2020).

92. Крилюк В. О. Превентивні смерті як індикатор якості надання екстреної медичної допомоги постраждалим. *Гострі та невідкладні стани у практиці лікаря*. 2013. № 2–3 (35). URL: <https://urgent.com.ua/ua-issue-article-465> (дата звернення: 02.07.2020).

93. Крупа В. В. Зміст та значення медичної реабілітації у загальній підготовці фахівця з фізичної реабілітації. *Україна : зб. наук. пр.*

Хмельницького ін-ту соціальних технологій ун-ту. 2013. № 1 (7). С. 126–130.

94. Курило Т. М. Державне управління підготовкою керівників для охорони здоров'я України в умовах європейської інтеграції : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2006. 20 с.

95. Лавренюк В. Психологічна і медична реабілітація військовослужбовців: що нового в законодавстві? *Дзеркало тижня*. URL: <https://dt.ua/gazeta/issue/1118> (дата звернення: 11.07.2020).

96. Лазоришинець В. В. Реформування галузі охорони здоров'я: Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м. Київ. Результати, проблеми, шляхи вирішення : монографія. Київ : ДУ «Укр. ін-т стратегічних досліджень МОЗ України» : Міжрег. вид. центр «Медінформ», 2014. 207 с.

97. Лендьел М. Досвід та перспективи впровадження державноприватних партнерств за кордоном та в Україні. URL: <http://www.rgd.org.ua/project> (дата звернення: 03.07.2020).

98. Лехан В., Рудой В., Нолт Е. Системы здравоохранения в переходном периоде. *Копенгаген: Европ. регион. бюро ВОЗ от имени Европ. Обсерватории по системам и политике здравоохранения*. Копенгаген, 2004. 144 с.

99. Лехан В., Рудый В., Ричардсон Э. Украина: Обзор системы здравоохранения. Системы здравоохранения: время перемен. Другое. ВОЗ: *Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения*. 2010. № 12 (8). 227 с.

100. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах: позитивні наслідки, проблеми та можливі шляхи їх вирішення. *Україна. Здоров'я нації*. 2015. № 3. С. 67–86.

101. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. *Україна. Здоров'я нації*. 2010. № 1. С. 5–23.

102. Лещенко В. В. Громадські лікарські організації як суб'єкти формування та реалізації державної політики України в галузі охорони здоров'я : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2009. 20 с.

103. Лист про наміри до Міжнародного валютного фонду. Меморандум про економічну і фінансову політику. *Національний банк України: офіційне інтернет-представництво*. URL: <https://bank.gov.ua/doccatalog/document?id=46564506> (дата звернення: 11.08.2020).

104. Ляной Ю. О. Визначення видів реабілітації у професійній підготовці майбутніх магістрів з фізичної реабілітації. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету*. 2013. № 112. Т. 2. С. 177–181. URL: http://visnyk.chnpu.edu.ua/?wpfb_dl=2278 (дата звернення: 18.07.2020).

105. Лобас В. М., Шутов М. М., Вовк С. М. Методологія реформування систем охорони здоров'я, за кластерними підходами. *Україна. Здоров'я нації*. 2013. № 2 (26). С. 84–88.

106. Луговий В. І. Десять років становлення (досвід досліджень, розробок і впроваджень у сфері державного управління) : зб. наук. матер. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ : Вид-во НАДУ, 2005. 356 с.

107. Любінець О. В., Гржибовський Я. Л., Ходор О. Є. Організація медичної допомоги на дошпитальному етапі: правові аспекти. *Медичне право*. 2015. № 1 (1). С. 87–90.

108. Мажак І. М. Принцип доступності як основа організації сімейної медицини. *Управління охороною здоров'я* : матер. наук.-практ. інтернет-конференції з міжнародною участю (Львів, 29 січня – 14 березня 2003 р.). Львів : Львів. держ. мед. ун-т ім. Данила Галицького, 2003. С. 77–78.

109. Малахов В. О., Кошелева Г. М., Родін О. В. Фізична та реабілітаційна медицина в Україні: проблеми та перспективи. URL: <http://kurort.gov.ua/index.php/uk/novini/95-fizichna-ta-reabilitatsijna-meditcina> (дата звернення: 21.08.2020).

110. Малиновський В. Я. Словник термінів і понять з державного управління. Київ : Центр сприяння інституційному розвитку державної служби, 2005. 254 с.

111. Маншилін К. М. Моделювання процесів управління в медичних установах в умовах переходу до ринку : автореф. дис. ... канд. екон. наук : 08.03.02 / Донец. нац. ун-т. Донецьк, 2004. 17 с.

112. Маркетинг у сфері реабілітаційних послуг : навч. посіб. / уклад.: О. М. Стасюк. Львів, ЛДУФК, 2012, 167 с.

113. Мартиненко В. М. Державне управління: шлях до нової парадигми (теорія та методологія) : монографія. Харків : Вид-во ХарPI НАДУ «Магістр», 2003. 218 с.

114. Мартишин О. О. Захист медичних працівників під час виконання професійних обов'язків: від слова до діла. *Український медичний часопис*. 2018. № 1 (1) – I/II. URL: <https://www.umj.com.ua/article/119989/zahist-medichnih-pratsivnikov-pid-chas-vikonannya-profesijnih-obov-yazkiv-vid-slova-do-dila> (дата звернення: 21.08.2020).

115. Мегедь В. П. Управління системою медичного забезпечення державної прикордонної служби України: особливості й тенденції розвитку : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2004. 20 с.

116. Медяник Г. М. Формування механізмів державного регулювання в системі фінансування закладів охорони здоров'я комунальної форми власності : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Класич. приват. ун-т. Запоріжжя, 2010. 19 с.

117. Мельник А. Ф. Державне управління. Київ : Знання-Прес, 2003. 343 с.

118. Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства. Схвалено робочою групою з питань реформи фінансування сфери охорони здоров'я України. Протокол № 9 від 14 квітня 2017 р. Київ, 2017. 34 с.

119. Методологічні рекомендації щодо складання Національних рахунків охорони здоров'я (НРОЗ) в Україні. URL: http://www.ukrstat.gov.ua/metod_polog/metod_doc/sp/sp_07.pdf (дата звернення: 05.08.2020).

120. Михайлов В. М. Роль підрозділів національної пожежно-рятувальної системи у функціонуванні державної системи медичної допомоги в Польщі. *Вісник Національного університету цивільного захисту України. Серія: Державне управління*. 2016. Вип. 2. С. 309–316. URL: [http://nuczu.edu.ua/sciencearchive/PublicAdministration/vol5/Visnyk_NUCZU_43_2016_2\(5\).pdf](http://nuczu.edu.ua/sciencearchive/PublicAdministration/vol5/Visnyk_NUCZU_43_2016_2(5).pdf) (дата звернення: 08.08.2020).

121. Мезєнцева Н. Б. Державне регулювання суспільних відносин в галузі охорони здоров'я України: історичні та правові аспекти : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.01 / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2010. 20 с.

122. Мисула І. Р., Вакуленко Л. О. Медична та соціальна реабілітація: навч. посіб. Тернопіль : ТДМУ, 2005. 402 с.

123. Михайлов В. М. Роль підрозділів національної пожежно-рятувальної системи у функціонуванні державної системи медичної допомоги в Польщі. *Вісник Національного університету цивільного захисту України. Серія: Державне управління*. 2016. Вип. 2. С. 309–316. URL: [http://nuczu.edu.ua/sciencearchive/PublicAdministration/vol5/Visnyk_NUCZU_43_2016_2\(5\).pdf](http://nuczu.edu.ua/sciencearchive/PublicAdministration/vol5/Visnyk_NUCZU_43_2016_2(5).pdf) (дата звернення: 15.08.2020).

124. Михеев В. А. Государственно-частное партнерство в реализации приоритетных национальных проектов. *Приоритетные национальные проекты: первые итоги и перспективы реализации* : сборн.

науч. работ. URL: <http://www.c-society.ru/wind.php> (дата обращения: 11.08.2020).

125. Міжнародний пакт про громадянські і політичні права : Указ Президії Верховної Ради Української РСР від 19 жовтня 1973 р. № 2148-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_043 (дата звернення: 23.08.2020).

126. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права : Указ Президії Верховної Ради Української РСР від 19 жовтня 1973 р. № 2148-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_042 (дата звернення: 12.08.2020).

127. МОЗ започаткував проєкт «Реабілітаційна мапа України». URL: <https://moz.gov.ua/article/news/moz-zapochatkuvav-proekt-reabilitacijna-mapa-ukraini> (дата звернення: 15.07.2020).

128. МОЗ затвердив переклад Міжнародної класифікації функціонування. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/moz-zatverdiv-pereklad-mizhnarodnoi-klasifikacii-funkcionuvannja> (дата звернення: 15.07.2020).

129. МОЗ розпочало розробку та затвердження нових державних стандартів надання медичної допомоги. URL: https://censor.net/ua/news/3200611/moz_rozpochalo_rozrobku_ta_zatverdjennya_novyh_derjavnyh_standartiv_nadannya_medychnoyi_dopomogy (дата звернення: 15.07.2020).

130. МОЗ України розробляє комплексний підхід до надання послуг з медичної реабілітації. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/moz-ukraini-rozrobljae-kompleksnij-pidhid-do-nadannja-poslug-z-medichnoi-reabilitacii> (дата звернення: 15.07.2020).

131. Москаленко В. Ф. Здоровье и здравоохранение: ключевые императивы. Киев : Авицена, 2011. 256 с.

132. Москаленко В. Ф. Принцип побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст : монографія. Київ : Книга плюс, 2008. 320 с.

133. Музиченко А. С., Бержанір А. Л. Державно-приватне партнерство як інститут взаємодії влади та бізнесу. *Економічний простір* : зб. наук. праць. Дніпро : Вид-во ПДАБА, 2013. № 75. С. 100–116.
134. Надання медико-соціальних послуг за 2017 рік. URL: <http://www.fssu.gov.ua/fse/control/main/uk/publish/article/956014> (дата звернення: 19.07.2020).
135. Надання медико-соціальних послуг за 2018 рік. URL: <http://www.fssu.gov.ua/fse/control/main/uk/publish/article/963237> (дата звернення: 19.07.2020).
136. Надання медико-соціальних послуг за 2019 рік. URL: <http://www.fssu.gov.ua/fse/control/main/uk/publish/article/968521> (дата звернення: 19.07.2020).
137. Надолішній П. І. Етнонаціональний аспект адміністративної реформи в Україні (теоретико-методологічний аналіз) : дис. ... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.01 / Українська Академія державного управління при Президентові України. Київ, 1999. 387 с.
138. Надута-Скринник О. К., Кризина Н. П. Особливості інноваційної фінансово-організаційної моделі надання первинної медико-санітарної допомоги сімейним лікарем – приватним підприємцем. *Україна. Здоров'я нації*. 2011. № 4 (20). С. 120–125.
139. Надюк З. О. Державне регулювання ринку медичних послуг в Україні : монографія / предмова проф. В. М. Огаренка. Запоріжжя, 2008. 296 с.
140. Надюк З. О. Державне управління якістю медичної допомоги в системі охорони здоров'я України : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2006. 20 с.
141. Надюк З. Державне управління якістю надання медичної допомоги на сучасному етапі розвитку українського суспільства. *Вісник НАДУ при Президентові України*. 2005. № 4. С. 263–269.

142. Надюк З. О. Механізми державного регулювання ринку медичних послуг в Україні : автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.02 / Класич. приват. ун-т. Запоріжжя, 2009. 40 с.

143. Надюк З. О. Механізми державного регулювання ринку медичних послуг в Україні : дис. ... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.02. / Класич. приват. ун-т. Запоріжжя, 2009. 469 с.

144. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 рр. / Міністерство охорони здоров'я України. URL: moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf (дата звернення: 13.08.2016).

145. Немченко А. С., Косяченко К. Л., Немченко О. А. Ціноутворення на лікарські засоби : монографія. Харків : Вид-во «ФОП Вировець А. П.», 2012. 230 с.

146. Нижник Н. Методологічні основи розробки структур державного управління та оцінки їх організаційної ефективності. *Вісник НАДУ при Президентіві України*. 2005. № 1. С. 114–130.

147. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-XII. *Відомості Верховної Ради України (ВВР)*. 1993. № 4. Ст. 19. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (дата звернення: 19.07.2020).

148. Основи фізичної реабілітації : навч. посіб. / за заг. ред. Л. О. Вакуленко, В. В. Клапчука. Тернопіль : ТНПУ, 2010. 234 с.

149. Основы экономики здравоохранения : учеб. пособ. / под ред. Н. И. Вишнякова, В. А. Миняева. Москва : МедПресс-Информ, 2008. 144 с.

150. Охорона здоров'я і права людини : ресурсний посібник. Центр здоров'я та прав людини імені Франсуа-Ксав'є Баню та Фонд відкритого суспільства, 2015. URL: http://medicallaw.org.ua/fileadmin/user_upload/PDF/%D1%80%D0%B5%D1%81%D0%BE%D1%80%D1%81/%D0%A0%D0%B5%D1%81%D0%BE%D1%80%D1%81_%D1%80%D0%BE%D0%B7%D0%B4%D1%96%D0%BB_1.pdf (дата звернення: 29.07.2020).

151. Павлюк К. С. Сутність і роль державно-приватного партнерства в соціально-економічному розвитку держави : наук. праця. Київ : КНТУ, 2010. С. 71–80.

152. Павлюк А. П., Ляпін Д. В. Державно-приватне партнерство як механізм активізації інвестиційної діяльності в Україні. *Стратегічні пріоритети*. 2012. № 3 (24). С. 38–45.

153. Паращич І. М. Державні механізми забезпечення та захисту прав пацієнтів в Україні: стан і тенденції розвитку : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2010. 20 с.

154. Пашков В. М. Проблеми господарсько-правового забезпечення відносин в сфері охорони здоров'я : автореф. дис. ... д-ра юрид. наук : 12.00.04 / Нац. юрид. акад. України ім. Ярослава Мудрого. Харків, 2010. 37 с.

155. Педченко Т. В. Державне управління системою охорони здоров'я на засадах загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2004. 20 с.

156. Пенкальський О. О. Закрита поєднана абдомінальна травма у постраждалих з гіпотермією : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.03. URL: https://www.vnmu.edu.ua/downloads/other/diser_penkalskyi.pdf (дата звернення: 19.08.2020).

157. Перетяка О. П. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я (на прикладі Луганської області) : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.05 / Укр. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2001. 20 с.

158. Петрова С. В. Механізми забезпечення мотивації працівників у системі охорони здоров'я: державно-управлінський аспект : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Одес. регіон. ін-т держ. упр. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Одеса, 2010. 20 с.

159. Пилипець А. Я., Пилипець Я. Д. Світові моделі екстреної медичної допомоги: яка придатна до впровадження в Україні. URL: http://rocemd.at.ua/index/svitovi_modeli_ekstrenoji_medichnoji_dopomogi_jaka_pridatna_do_vprovadzhennja_v_ukrajini/0-44 (дата звернення: 21.07.2020).

160. Питання Міністерства економічного розвитку і торгівлі: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 13 жовтня 2015 р. № 1079-р. *Офіційний вісник України*. 2015. № 83. С. 123. Ст. 2764. Код акту 79021/2015.

161. Питання медико-соціальної експертизи: Постанова Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317. *Офіційний вісник України*. 2009. № 95. С. 52. Ст. 3265. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1317-2009-%D0%BF#Text> (дата звернення: 08.07.2020).

162. Підгаєць С. В. Механізм державно-приватного партнерства в системі інституціоналізації розвитку національної економіки: дис. ... канд. екон. наук: 08.00.03. Тернопіль, 2015. 240 с.

163. Пітко Я. М. Роль державних органів управління і місцевого самоврядування в механізмі реформування первинної медико-санітарної допомоги: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / Львів. регіон. ін-т держ. упр. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Львів, 2010. 22 с.

164. Попченко Т. П. Розвиток державно-управлінських механізмів протидії виникненню корупції у сфері охорони здоров'я в Україні: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2010. 20 с.

165. Постраждалий помер: у Німеччині трьох людей судитимуть за ненадання екстреної медичної допомоги: *РБК Україна* від 18 вересня 2017 р. URL: <https://styler.rbc.ua/ukr/zhizn/germanii-treh-chelovek-budut-sudit-neokazanie-1505741124.html> (дата звернення: 21.08.2020).

166. Про попередження інвалідності та систему реабілітації в Україні: Пояснювальна записка до проекту Закону України. URL:

http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/GH3FU00A.html (дата звернення: 19.07.2020).

167. Про реабілітацію осіб з обмеженнями життєдіяльності : Пояснювальна записка до проекту Закону України. URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/GI02413A.html (дата звернення: 19.07.2020).

168. Правовий захист лікарів в Україні: проблеми, нюанси, рішення (Інтерв'ю). *Слово про здоров'я*. 2018. № 14. URL: <https://ozdorovie.com.ua/pravoviy-zahist-likariv-v-ukrayini-problemi-nyuansi-rishennya-interv-yu/#acceptLicense> (дата звернення: 15.07.2020).

169. Примачок Л. Л. Історія медицини та реабілітації : навч. посіб. Ніжин : НДУ ім. М. Гоголя, 2014. 104 с.

170. Про вдосконалення нормативно-правової бази та адаптацію законодавства України до Європейських стандартів в галузі трансплантації органів, тканин і клітин : Наказ МОЗ України від 28 вересня 2006 р. № 650. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0650282-06> (дата звернення: 19.07.2020).

171. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я : Закон України від 6 квітня 2017 р. № 2002. URL: http://www.ukrainepravo.com/law-making/bill_passed_by_legislature/zakon-ukrainipro-vnesennya-zmin-do-deyakikh-zakonodavchikh-aktiv-ukraini-shchodoudoskonalennya-zak/ (дата звернення: 19.07.2020).

172. Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників : Наказ МОЗ України від 9 серпня 2017 р. № 918. Вип. 78. URL: <https://medprosvita.com.ua/nakaz-moz-ukrayini-vid-09-08-17-r-918-pro-vnesennya-zmin-do/> (дата звернення: 15.07.2020).

173. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 19 грудня 1997 р. № 359 : Наказ МОЗ України від 31 жовтня

2018 р. № 1973. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/en/z1294-18#Text> (дата звернення: 16.07.2020).

174. Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників : Наказ МОЗ України від 13 грудня 2018 р. № 2331. Вип. 78. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-13122018--2331-pro-vnesennja-zmin-do-dovidnika-kvalifikacijnih-harakteristik-profesij-pracivnikiv-vipusk-78-ohorona-zdorov%e2%80%99ja> (дата звернення: 12.07.2020).

175. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 р. № 751 : Наказ МОЗ України від 29 грудня 2016 р. № 1422. *Офіційний вісник України*. 2017. № 34. С. 163. Ст. 1103. Код акту 85835.

176. Про внесення змін до статті 77 Основ законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 1 березня 2005 р. № 2427-IV. *Відомості Верховної Ради (ВВР)*. 2005. № 13. Ст. 231.

177. Про внесення змін до статті 77 Основ законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 12 лютого 2008 р. № 121-VI. *Відомості Верховної Ради (ВВР)*. 2008. № 11. Ст. 108.

178. Про державне агентство з інвестицій та управління національними проектами України : Указ Президента України від 12.05.2011 р. №583/2011 *Офіційний вісник України*. 2011. № 39. С. 99. Ст. 1593. Код акту 56735/2011.

179. Про державно-приватне партнерство : Закон України від 1 липня 2010 р. № 2404-VI. *Офіційний вісник України*. 2010. № 58. С. 17. Ст. 1988. Код акта 52182/2010. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2404-17#Text> (дата звернення: 12.07.2020).

180. Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії : Закон України від 5 жовтня 2000 р. № 2017-III. *Офіційний вісник України*. 2000. № 44. С. 1. Ст. 1876. Код акта 17042/2000. URL:

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2017-14#Text> (дата звернення: 08.07.2020).

181. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19 жовтня 2017 р. № 2168-VIII. URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T172168.html (дата звернення: 19.07.2020).

182. Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників антитерористичної операції: Указ Президента України від 18 березня 2015 р. № 150. *Відомості Верховної Ради України*. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/150/2015> (дата звернення: 29.07.2020).

183. Про затвердження Зміни № 6 до національного класифікатора України ДК 003:2010 : Наказ Міністерства економічного розвитку і торгівлі України від 26 жовтня 2017 р. № 1542. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1542731-17> (дата звернення: 04.07.2020).

184. Про затвердження індикаторів оцінки діяльності системи екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 24 квітня 2013 р. № 336. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0336282-13> (дата звернення: 19.07.2020).

185. Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 5 вересня 2011 р. № 561. *Офіційний вісник України*. 2011. № 91. С. 251. Ст. 3319. Код акта 59196/2011. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1295-11#Text> (дата звернення: 09.07.2020).

186. Про затвердження Інструкції про організацію медичної реабілітації в Службі безпеки України: Наказ Міністерства юстиції України від 6 грудня 2012 р. № 2035/22347. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z2035-12> (дата звернення: 19.07.2020).

187. Про затвердження Інструкції про порядок видачі та обліку дозволів на встановлення та використання спеціальних світлових і звукових сигнальних пристроїв: Наказ Міністерства внутрішніх справ України від

22 серпня 2005 р. № 364 *Офіційний вісник України*. 2005. № 37. С. 212. Ст. 2337. Код акту 33684/2005. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1033-05> (дата звернення: 17.07.2020).

188. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики : Постанова Кабінету Міністрів України від 2 березня 2016 р. № 285. *Офіційний вісник України*. 2016. № 30. С. 18. Ст. 1184. Код акта 81591/2016. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-%D0%BF#n8> (дата звернення: 09.07.2020).

189. Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування : Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1075. *Офіційний вісник України*. 2018. № 4. С. 158. Ст. 180. Код акта 88682/2018. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1075-2017-%D0%BF#n10> (дата звернення: 21.07.2020).

190. Про затвердження Методичних рекомендацій щодо Порядку проведення аудиту стану надання екстреної медичної допомоги та інвентаризації її ресурсного забезпечення : Наказ МОЗ України від 23 серпня 2012 р. № 659. URL: <http://consultant.parus.ua/?doc=085XN1EE4B> (дата звернення: 16.07.2020).

191. Про затвердження перекладу Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків : Наказ МОЗ України від 23 травня 2018 р. № 981 URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-23052018--981-pro-zatverdzhennja-perekladu-mizhnarodnoi-klasifikacii-funkcionuvannja-obmezhen-zhittedijalnosti-ta-zdorov%e2%80%99ja-ta-mizhnarodnoi-klasifikacii-funkcionuvannja-obmezhen-zhittedijalnosti-ta-zdorov%e2%80%99ja-ditej-i-pidlitkiv> (дата звернення: 19.07.2020).

192. Про затвердження переліку проектів із пріоритетних напрямів соціально-економічного та культурного розвитку (національні проекти) :

Постанова Кабінету Міністрів України від 8 грудня 2010 р. № 1256. *Офіційний вісник України*. 2011. № 3. С. 82. Ст. 177. Код акту 54531/2011.

193. Про затвердження плану заходів із впровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей та підлітків : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1008-р URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennya-planu-zahodiv-iz-vprovadzhennya-v-ukrayini-mizhnarodnoyi-klasifikaciyi-funkcionuvannya-obmezhen-zhittiyediyalnosti-ta-zdorovya-ta-mizhnarodnoyi-klasifikaciyi-funkcionuvannya-obmezhen-zhittiyediyalnosti-ta-zdorovya-ditej-i-pidlitkiv> (дата звернення: 22.07.2020).

194. Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 31 березня 2015 р. № 359-р. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/359-2015-%D1%80> (дата звернення: 11.07.2020).

195. Про затвердження Положення про Державну службу України з надзвичайних ситуацій : Постанова Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2015 р. № 1052. *Офіційний вісник України*. 2015. № 102. С. 40. Ст. 3514. Код акту 79996/2015.

196. Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації особи з інвалідністю : Постанова Кабінету Міністрів України від 23 травня 2007 р. № 757. *Офіційний вісник України*. 2007. № 39. С. 27. Ст. 1547. Код акта 39861/2007. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/757-2007-%D0%BF#Text> (дата звернення: 21.07.2020).

197. Про затвердження Положення про проекти із пріоритетних напрямів соціально-економічного та культурного розвитку (національні проекти) : Постанова Кабінету Міністрів України від 8 грудня 2010 р.

№ 1255. *Офіційний вісник України*. 2011. № 3. С. 80. Ст. 176. Код акта 54530/2011.

198. Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичній операції, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів) : Наказ Міністерства оборони України від 9 грудня 2015 р. № 702. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0237-16> (дата звернення: 19.07.2020).

199. Про затвердження Положення про санаторно-курортний заклад : Постанова Кабінету Міністрів України від 11 липня 2001 р. № 805. *Офіційний вісник України*. 2001. № 28. С. 78. Ст. 1260. Код акта 19444/2001. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/805-2001-%D0%BF#Text> (дата звернення: 02.07.2020).

200. Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, що входять до системи екстреної медичної допомоги, з аварійно-рятувальними службами та підрозділами центральних та інших органів виконавчої влади, органів влади Автономної Республіки Крим, органів місцевого самоврядування під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків : Постанова Кабінету Міністрів України від 21 листопада 2012 р. № 1121. URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/1121-2012-п> (дата звернення: 22.07.2020).

201. Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення заходів щодо створення єдиних регіональних оперативно-диспетчерських служб з використанням сучасних GPS-технологій : Постанова Кабінету Міністрів України від 3 жовтня 2012 р. № 943. *Офіційний вісник України*. 2012. № 78. С. 72. Ст. 3169. Код акту /2012.

202. Про затвердження Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за

самостійно придбані технічні та інші засоби реабілітації, переліків таких засобів : Постанова Кабінету Міністрів України від 5 квітня 2012 р. № 321. *Офіційний вісник України*. 2012. № 31. С. 163. Ст. 1146. Код акта 61341/2012. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/321-2012-%D0%BF#Text> (дата звернення: 18.07.2020).

203. Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій у 2020 р. : Постанова Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1124. *Офіційний вісник України*. 2020. № 5. Ст. 17. Ст. 244. Код акта 97628/2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1124-2019-%D0%BF#Text> (дата звернення: 09.07.2020).

204. Про затвердження Порядку застосування авіаційних, водних, автомобільних спеціальних санітарних транспортних засобів : Постанова Кабінету Міністрів України від 21 листопада 2012 р. № 1218. *Офіційний вісник України*. 2013. № 4. С. 7. Ст. 107. Код акту 65416/2013.

205. Про затвердження Порядку надання окремим категоріям осіб послуг із комплексної реабілітації (абілітації) : Постанова Кабінету Міністрів України від 31 січня 2007 р. № 80. *Офіційний вісник України*. 2007. № 8. С. 54. Ст. 292. Код акта 38646/2007. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/80-2007-%D0%BF#Text> (дата звернення: 11.07.2020).

206. Про затвердження Порядку та Критеріїв встановлення медико-соціальними експертними комісіями ступеня стійкої втрати професійної працездатності у відсотках працівникам, яким заподіяно ушкодження здоров'я, пов'язане з виконанням трудових обов'язків : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 5 червня 2012 р. № 420. *Офіційний вісник України*. 2012. № 71. С. 208. Ст. 2887. Код акта 63415/2012. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1387-12#Text> (дата звернення: 15.07.2020).

207. Про затвердження Примірного табеля (переліку) оснащення структурних підрозділів системи екстреної медичної допомоги : Наказ МОЗ України від 6 лютого 2014 р. № 101. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0101282-14> (дата звернення: 21.07.2020).

208. Про затвердження типових форм договорів про забезпечення особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, іншої особи технічними та іншими засобами реабілітації, надання послуг з їх ремонту : Наказ Міністерства соціальної політики України від 12 квітня 2018 р. № 506. *Офіційний вісник України*. 2018. № 35. С. 222. Ст. 1254. Код акта 90093/2018. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0549-18#Text> (дата звернення: 19.07.2020).

209. Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 р. № 110. *Офіційний вісник України*. 2012. № 41. С. 64. Ст. 1585. Код акта 61806/2012. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0661-12#n41> (дата звернення: 28.07.2020).

210. Про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенції про права та біомедицину : Конвенція Ради Європи від 4 квітня 1997 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_334#Text (дата звернення: 25.07.2020).

211. Про заходи щодо визначення і реалізації проектів із пріоритетних напрямів соціально-економічного та культурного розвитку: Указ Президента України від 8 вересня 2010 р. № 895/2010. *Офіційний вісник України*. 2010. № 26. С. 15. Ст. 873.

212. Про курорти : Закон України від 5 жовтня 2000 р. № 2026-III. *Офіційний вісник України*. 2000. № 44. С. 35. Ст. 1884. Код акта 17050/2000. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2026-14#Text> (дата звернення: 15.07.2020).

213. Про ліцензування видів господарської діяльності : Закон України від 2 березня 2015 р. № 222-VIII. *Офіційний вісник України*. 2015. № 25. С. 35. Ст. 722. Код акта 76232/2015. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19#Text> (дата звернення: 19.07.2020).

214. Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади : Постанова Кабінету Міністрів України від 10 вересня 2014 р. № 442. *Офіційний вісник України*. 2014. № 74. С. 57. Ст. 2105. Код акту 73930/2014.

215. Про організацію надання соціальних послуг : Постанова Кабінету Міністрів України від 1 червня 2020 р. № 587. *Офіційний вісник України*. 2020. № 57. Ст. 82. Ст. 1781. Код акта 99941/2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/587-2020-%D0%BF#Text> (дата звернення: 28.07.2020).

216. Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні : Закон України від 21 березня 1991 р. № 875-XII. *Голос України*. 1991. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/875-12#Text> (дата звернення: 12.07.2020).

217. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості : Закон України від 14 листопада 2017 р. № 2206-VIII. *Офіційний вісник України*. 2018. № 4. С. 18. Ст. 149. Код акта 88654/2018. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19> (дата звернення: 25.07.2020).

218. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні : Закон України від 6 жовтня 2005 р. № 2961-IV. *Офіційний вісник України*. 2005. № 44. С. 15. Ст. 2757. Код акта 34208/2005. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text> (дата звернення: 11.07.2020).

219. Про реабілітацію осіб з обмеженнями життєдіяльності : Проект Закону України від 16 червня 2020 р. URL: <http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc34?id=&pf3511=69161&pf35401=529830> (дата звернення: 19.07.2020).

220. Про систему реабілітації в Україні : Проект Закону України. URL: <https://novynarnia.com/2017/10/02/zakon-ukrayini-pro-sistemu-reabilitatsiyi-v-ukrayiniproekt> (дата звернення: 19.07.2020).

221. Про соціальні послуги: Закон України від 17 січня 2019 р. № 2671-VIII. *Офіційний вісник України*. 2019. № 34. С. 107. Ст. 1199. Код акта 94255/2019. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19#Text> (дата звернення: 29.07.2020).

222. Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України : Наказ МОЗ України від 28 вересня 2012 р. № 751. *Офіційний вісник України*. 2012. № 95. С. 145. Ст. 3857. Код акту 64805/2012. URL: <https://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z2001-12/page> (дата звернення: 29.07.2020).

223. Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020» : Указ Президента України станом на 12 січня 2015 р. № 5/2015. URL: <http://www.president.gov.ua/documents/18688.html/> (дата звернення: 15.01.2016).

224. Радиш Я. Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування. Київ : Вид-во УАДУ, 2001. 358 с.

225. Ренкер К. Основы реабилитации : научный обзор ; пер. с нем. Москва, 1980. С. 22.

226. Реформування галузі охорони здоров'я. Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м. Київ: результати, проблеми, шляхи вирішення. Київ : МОЗ України : ДУ «УІСД МОЗ України», 2014. 189 с.

227. Рингач Н. О. Державне управління охороною здоров'я як складовою системи забезпечення національної безпеки : автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.02 / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2010. 36 с.

228. Рожкова І. В. Розвиток механізмів державного управління охороною громадського здоров'я на регіональному рівні : автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.02 / Класич. приват. ун-т. Запоріжжя, 2009. 40 с.

229. Рудий В. М. Державне регулювання автономізації закладів охорони здоров'я в Україні : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2006. 20 с.

230. Рудніцька Р. М., Сидорчук О. Г., Стельмах О. М. Механізм державного управління: сутність і зміст. Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2005. 28 с.

231. Савкіна О. В. Механізми державного регулювання системи надання медичної допомоги населенню України : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Донец. держ. ун-т упр. Донецьк, 2006. 20 с.

232. Сенюта І. А. Право людини на медичну допомогу: деякі теоретикопрактичні аспекти : матер. II Всеукр. наук.-практ. конфер. (Львів, 17–18 квітня 2008 р.). URL: http://medicallaw.org.ua/uploads/media/02_277.pdf (дата звернення: 11.08.2020).

233. Синергетичні засади державного управління в умовах реформ : монографія / уклад. : С. М. Серьогін та ін. Дніпропетровськ : ДРІДУ НАДУ, 2007. 194 с.

234. Сисоєнко І. Інвестиції у здоров'я: як має працювати система реабілітації? URL: <http://pharma.net.ua/publications/articles/16080-investicii-u-zdorovja-jak-mae-pracjuvati-sistema-reabilitacii> (дата звернення: 12.07.2020).

235. Ситник Г. П. Державне управління національною безпекою України : монографія. Київ : Вид-во НАДУ, 2004. 408 с.

236. Скакун О. Ф. Теорія права і держави : підручник. 3-тє вид. Київ : Алерта, 2012. 524 с.

237. Склярєнко В. Є. Прогнозування впливу чинників соціальної динаміки на державне управління забезпеченням населення України лікарськими засобами : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2006. 20 с.

238. Скрипник О. А. Трансформація державного управління у сфері охорони здоров'я в Україні: структурно-функціональний підхід : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.01 / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України ; Дніпропетр. регіон. ін-т держ. упр. Дніпропетровськ, 2011. 20 с.

239. Слабкий Г. О. Комунікації у процесі впровадження та супроводу реформування. *Україна. Здоров'я нації*. 2012. № 2–3. С. 176–181.

240. Слабкий Г. О. Сучасні підходи до фінансування системи охорони здоров'я : монографія. Київ, 2011. 344 с.

241. Слабкий Г. О., Лехан В. М., Надутий К. О. Деякі уроки реформи охорони здоров'я України. *Україна. Здоров'я нації*. 2014. № 3 (31). С. 7–22.

242. Смирнов С. О., Бикова В. Г. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я. *Управління розвитком*. 2016. № 3 (185). С. 78–83.

243. Соколова О. М., Васюк Н. О., Радиш Я. Ф. Реабілітація військовослужбовців: термінологія, класифікація, принципи та особливості (до проблеми державного регулювання реабілітації особового складу збройних сил України). *Інвестиції: практика та досвід*. 2015. № 23. С. 148–155.

244. Солоненко Н. Д. Державне управління перебудовою галузі охорони здоров'я в умовах обмежених ресурсів в Україні : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2004. 20 с.

245. Солоненко Н. Д. Удосконалення механізмів державного управління перебудовою галузі охорони здоров'я в Україні в контексті суспільних потреб. *Державне управління в Україні: реалії та перспективи* : зб. наук. пр. НАДУ. 2005. С. 424–431.

246. Спеціалістів для сучасного реабілітаційного відділення навчатимуть у Чехії. URL: [https://moz.gov.ua/article/news/specialistiv-dlja-](https://moz.gov.ua/article/news/specialistiv-dlja)

suchasnogo-reabilitacijnogo-viddilennja-navchatimut-u-chehii (дата звернення: 22.07.2020).

247. Спільний зі Світовим Банком проект МОЗ України : Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей. URL: <http://wb.moz.gov.ua> (дата звернення: 23.04.2016).

248. Стрехова С. В. Кадрова політика: важелі впливу на ефективність, механізми та інструменти реалізації. *Економічний часопис-XXI*. 2012. № 3–4. С. 66–70.

249. Супрун: непрофільні виклики бригад екстреної медичної допомоги становлять близько 70%. URL: <https://journalist.today/uk/suprun-neprofilni-vyklyky-bryhad-ekstrenoi-medychnoi-dopomohy-stanovliat-blyzko-70/> (дата звернення: 28.07.2020).

250. Сурмін Ю. П. Методологія галузі науки: Державне управління : монографія. Київ : НАДУ, 2012. С. 301–320.

251. Терент'єва А. В. Державне управління медичним захистом за умов надзвичайних ситуацій природного і техногенного характеру : автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.02 / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2010. 36 с.

252. Терешкевич Г. Т. Розвиток біоетики в Україні (державно-управлінський аспект) : автореф. дис. ... канд. з держ. упр. : 25.00.02 / Львів. регіон. ін-т держ. упр. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Львів, 2004. 20 с.

253. Територіальне управління / наук.-ред. колегія : О. Ю. Амосов, О. С. Ігнатенко та ін. Харків : Вид-во ХарПІДУ «Магістр», 2011. 408 с.

254. Тихомиров Ю. А. Курс адміністративного права и процесса. Москва : ЮРИНФОРМ_ЦЕНТР, 1998. 698 с.

255. Український католицький університет. Професор Айварс Ветра розповів про досвід переходу реабілітаційної медицини на мультидисциплінарну модель в країнах Балтії. URL: <https://ucu.edu.ua/news/profesor-ajvars-vetra-rozpoviv-pro-dosvid-perehodu->

reabilitatsijnoyi-medytyny-na-multydystsyplinarnu-model-v-krayinah-baltiyi
(дата звернення: 10.07.2020).

256. Факультативний протокол до Міжнародного пакту про громадянські та політичні права. Зібрання чинних міжнародних договорів України від 1990–1990 р. № 1. С. 225. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_086 (дата звернення: 02.07.2020).

257. Федак Н. М. Механізми державного регулювання стоматологічної допомоги населенню України : автореф. дис. ... канд.наук з держ. упр. : 25.00.02 / Акад. муніцип. упр. Київ, 2010. 20 с.

258. Феденько С. Фінансова доступність медичних послуг. *Українська наука: минуле, сучасне, майбутнє*. 2014. Вип. 19. Ч. 2. С. 223–228.

259. Фещенко Н. М. Галузь охорони здоров'я: проблеми та перспективи фінансового забезпечення. *Держава та регіони*. 2010. № 3. URL: http://ir.znau.edu.ua/bitstream/123456789/2559/1/Derzhava%20ta%20regioni_2010_6_155-161.pdf (дата звернення: 12.07.2016).

260. Фролова Т. И. Социально-гигиенические и медико-организационные факторы определяющие доступность медицинской помощи и пути их коррекции : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.33. Иваново, 2004. 161 с.

261. Фуртак І.І. Механізми державного управління у сфері охорони здоров'я в контексті європейської інтеграції України : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Львів. регіон. ін-т держ. упр. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Львів, 2010. 20 с.

262. Хендель Н. В. Міжнародно-правове регулювання співробітництва держав у сфері охорони здоров'я : автореф. дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.11. Одеса, 2014. 22 с. URL: <http://dspace.onua.edu.ua/bitstream/handle/11300/2139/%D0%A5%D0%B5%D0%BD%D0%B4%D0%B5%D0%BB%D1%8C%20%D0%9D%D0%B0%D1%82%D0%B0%D0%BB%D1%96%D1%8F%20%D0%92%D0%BE%D0%BB%D0>

%BE%D0%B4%D0%B8%D0%BC%D0%B8%D1%80%D1%96%D0%B2%D0%BD%D0%B0.pdf?sequence=1&isAllowed=y (дата звернення: 05.07.2020).

263. Хожило І. І. Державна політика України у сфері профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу: механізми формування та реалізації : автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.02 / Донецький держ. ун-т упр. Донецьк, 2009. 36 с.

264. Худоба О. В. Удосконалення механізмів формування та реалізації державної політики у сфері протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу та наркоманії в Україні (на прикладі Львівської області) : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Львів. регіон. ін-т держ. упр. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Львів, 2008. 20 с.

265. Хунов Ю. А. Наукове обґрунтування стратегічних напрямів реформ охорони здоров'я на регіональному рівні : автореф. дис. д-ра мед. наук : 14.02.03 / Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця. Київ, 2003. 46 с.

266. Черленяк І. І. Синергетичні моделі оптимізації системи державного управління : монографія. Ужгород : Ліра, 2010. 656 с.

267. Чернишенко Т. І. «Державне управління освітою фахівців охорони здоров'я в умовах перебудови галузі в Україні : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2003. 20 с.

268. Чорномаз В. Ц. Механізми державного управління системою первинної медико-санітарної допомоги міському населенню : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України ; Одеський регіональний ін-т держ. управління. Одеса, 2005. 20 с.

269. Шаптала О. С. Державне управління сферою рекреаційного обслуговування в Автономній Республіці Крим в умовах ринкових відносин : автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.02 / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2005. 36 с.

270. Шафранський В. В., Слабкий Г. О., Качала Л. О. Основа європейської політики і стратегія для ХХІ століття: стратегічне керівництво

в інтересах здоров'я. *Медичне право. Економіка і право охорони здоров'я*. 2016. № 2 (4). С. 72–75.

271. Шевцов В. Г. Державне управління розвитком медичної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України, Харк. регіон. ін-т держ. упр. Харків, 2011. 20 с.

272. Шипко А. Ф. Модернізація функцій органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я населення : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.04 / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України, Дніпропетр. регіон. ін-т держ. упр. Дніпропетровськ, 2010. 20 с.

273. Шульга В. М. Державне регулювання у сфері трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів: поняття та сутність. *Аспекти публічного управління*. 2017. Т. 5. № 3–4. С. 26–35. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/aplup_2017_5_3-4_5 (дата звернення: 19.07.2020).

274. Шумаєва О. О. Державна стратегія розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Донец. держ. ун-т упр. Донецьк, 2009. 20 с.

275. Шутов М. М. Труд и здоровье : монография / под общ. ред. Г. А. Слабкого. Донецк : СПД Куприянов В. С., 2009. 330 с.

276. Шутов М. М., Вовк С. М. Место маркетинговых исследований в управлении системой здравоохранения. *Україна. Здоров'я нації*. 2012. № 3 (23). С. 229–232.

277. Юзьков Л. П. Государственное управление в политической системе развитого социализма. Киев : Вища школа, 1983. 154 с.

278. Юрченко В. Д., Максименко М. А., Трофімова К. П. Законодавчі аспекти впровадження індикаторів якості надання медичної допомоги. *Екстрена медицина: від науки до практики*. 2011. № 5–6. URL: <http://emergency.in.ua/number5-6-11/513-n11st1> (дата звернення: 02.07.2020).

279. Ярош Н. П., Лупей-Ткач С. І. Сучасний стан, проблеми стандартизації медичної допомоги та шляхи їх вирішення в умовах

реформування системи охорони здоров'я України. *Україна. Здоров'я нації*. 2012. № 1 (21). С. 95–100.

280. Системы здравоохранения – здоровье – благосостояние: Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения, Таллинн, Эстония, 25–27 июня 2008 г. : отчет. Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2009. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/78951/E92150R.pdf (дата обращения: 25.07.2020).

281. Anderson P. D., Suter R. E., Mulligan T. et al. World Health Assembly Resolution 60.22 and its importance as a health care policy tool for improving emergency care access and availability globally. *Ann Emerg Med*. 2012. № 60. P. 35–44.

282. Aslund Anders The economic policy of Ukraine after the Orange Revolution. *Eurasian Geography and Economics*. *Eurasian Geography and Economics*. 2005. № 46 (5). P. 327–353.

283. Balladur E., Veil S., Peuch J., Douste-Blazy P. Decree № 95–648 of 9 May 1995 concerning the reception and orientation of emergency services. URL: <http://admi.net/jo/19950510/SPSH9501386D.html> (date of request: 20.02.2016).

284. Barth A. HTTP state management mechanism. URL: <http://www.rfceditor.org/rfc/pdf/rfc6265.txt.pdf> (date of request: 07.12.2016).

285. Cockburn C. Race & Class, The local state: management of cities and people. URL: [//journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/](http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/) (date of request: 07.12.2016).

286. Briner M. Assessing hospitals' clinical risk management: Development of a monitoring instrument. *BMC health services research*. 2010. V. 10. № 1. P. 337–345.

287. Chirac J., Seguin P., Balladur E. et al. Decree № 87–1005 of 16 December 1987 on the organization and tasks of the UAS or «SAMU». URL: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000522005&categorieLien=cid> (date of request: 20.02.2016).

288. Circular № 2002-157 of 18 March 2002 on improving the chain of geriatric care. URL: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-14/-a0141323.htm> (date of request: 20.02.2016).

289. Circular DHOS / HFD № 2002-284 of 3 May 2002 on «white plans»: plans for flood victims. URL: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/-2002/02-28/a0282493.htm> (date of request: 20.02.2016).

290. Circular of 4 July 1994 on the organization and functioning of emergencies in public hospitals and health care facilities. URL: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-20/a0201409.htm> (date of request: 20.02.2016).

291. Dagher M., Lloyd R. J. Developing EMS quality assessment indicators. *Prehospital and disaster medicine: the official journal of the National Association of EMS Physicians and the World Association for Emergency and Disaster Medicine in association with the Acute Care Foundation*. 1992. Vol. 7. № 1. P. 69–74.

292. Education, Audiovisual & Culture Executive Agency. CHARME: Challenges of Harmonizing Medical Education in Europe. URL: http://eacea.ec.europa.eu/llp/project_reports/documents/erasmus/multilateral_actions_2008/eras_emhe_142338_charme.pdf (date of request: 20.02.2016).

293. Felix A. Nigro Modern public administration. *Physical Description*. 1965. 531 p.

294. Fischer M., Krep H., Wierich D. et al. Comparison of the emergency medical services systems of Birmingham and Bonn: process efficacy and cost effectiveness. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*. 2003. № 38. P. 42–630.

295. Gargan J. J. Handbook of State Government Administration. *Public Administration and Public Policy*. URL: http://www.untag-smd.ac.id/files/Perpustakaan_Digital_2/PUBLIC_Administr.pdf (date of request: 12.07.2016).

296. Health21: An introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region. World Health Organization Regional Office for Europe,

Copenhagen, 1998. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/88590/EHFA5-E.pdf (date of request: 20.02.2016).

297. Kapalla M. Healthcare information complexity and the role of informatics in predictive, preventive and personalized medicine. In: Niederlag W, Lemke HU, Rienhoff O, editors. *Personalisierte medizin und informationstechnologie*. Band 15. Dresden: Health Academy, 2010. P. 83–100.

298. Kjaersgaard-Andersen P. Passing specialty medical examinations enhances patient safety. *Orthopaedics Today Europe*. URL: <http://www.healio.com/orthopedics/business-of-orthopedics/news/print/orthopaedics-today-europe/%7BC41D7B84-979A4C5B-A994-A961D13CAF58%7D/Passing-specialtymedical-examinations-enhances-patient-safety> (date of request: 20.02.2016).

299. Mant J. Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care. *International Journal for Quality in Health Care*. 2001. Vol. 13. № 6. P. 475–480.

300. Martin L. A., Nelson E. C., Lloyd R. C., Nolan T. W. *Whole System Measures*, IHI Innovation Series White Paper, Institute for Healthcare Improvement, Cambridge, Mass, USA, 2007.

301. Mazen J. El Sayed. *Measuring Quality in Emergency Medical Services: A Review of Clinical Performance Indicators*. URL: https://www.researchgate.net/publication/51761253_Measuring_Quality_in_Emergency_Medical_Services_A_Review_of_Clinical_Performance_Indicators.

302. Myers J. B., Slovis C. M., Eckstein M. Evidence-based performance measures for emergency medical services systems: a model for expanded EMS benchmarking. *Prehospital Emergency Care*. 2008. Vol. 12. № 2. P. 141–151.

303. Newgard C. D., Schmicker R. H., Hedges J. R. et al. Emergency medical services intervals and survival in trauma: assessment of the «Golden Hour» in a North American prospective cohort. *Annals of Emergency Medicine*. 2010. Vol. 55. № 3. P. 235–246.

304. O'Meara P. A generic performance framework for ambulance services: an Australian health services perspective. *Journal of Emergency Primary Health Care*. 2005. Vol. 3. № 3.

305. Porter B. W., Walther E., Luong D. H. Phone application state management mechanism. URL: <https://patents.google.com/patent/US7376740B1/en> (date of request: 07.12.2016).

306. Szigeti S., Csere M., Gaskins M., Panteli D. Hungary: Healthsystem review. *Health Systems in Transition*. 2011. № 13 (5) 1. 266 p.

307. The role of WHO in public health. World health organization. URL: <http://www.who.int/about/role/en/> (date of request: 17.03.2017).

308. The 2011 European Commission. The Green Paper: Modernising The College of Emergency Medicine. Landmarks in the Development of the Specialty. URL: <http://www.collemergencymed.ac.uk/College/Background%20to%20the%20College/Landmarks%20in%20the%20development%20of%20the%20specialty/> (date of request: 20.02.2016).

309. UEMS. URL: <http://www.uems.net/> (date of request: 08.11.2015).

310. Usyk S. F. Features landmark sanatorium rehabilitation of the wounded limb in modern conditions. *Medical sciences*. Moskow, 2003. P. 22.

311. World Health Organization. Emergency Medicine Services Systems in the European Union, a Report of an Assessment Project Co-ordinated by the World Health Organization. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/114406/E92038.pdf (date of request: 20.02.2016).

312. Worldwide Governance Indicators Project. Washington : DC, World Bank, 2013. URL: <http://info.worldbank.org/governance/wgi/resources.htm> (date of request: 20.07.2020).

СПИСОК ПРАЦЬ ЗДОБУВАЧА***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. *Особистий внесок здобувачки: визначено основні проблеми та напрями покращання 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. 12–13.

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.

ДОВІДКИ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДИСЕРТАЦІЇ



ЗАПОРІЗЬКА ОБЛАСНА РАДА

проспект Соборний, 164, м. Запоріжжя, 69107, тел./факс 224-70-71

e-mail: zor@zor.gov.ua www.zor.gov.ua

Код ЄДРПОУ 20507422

2010.2020 № 01-27/1074

На № _____ від _____

Пропозиції Берлінець І.А. щодо удосконалення організаційного механізму державного управління наданням медико-реабілітаційних послуг, розроблені у межах виконання дисертаційного дослідження «Удосконалення державного регулювання системи медичної реабілітації в Україні» використані у процесі підготовки і проведення наради з питань реформування для керівників медичних закладів Запорізької області (15.11.2019 р.), зокрема щодо принципів формування цін на медико-реабілітаційні послуги.

Мають практичну цінність пропозиції Берлінець І.А. щодо залучення професійних медичних асоціацій та інших громадських організацій до процесу формування цін на медико-реабілітаційні послуги, а також розробка алгоритму постійного моніторингу і оновлення клініко-діагностичних протоколів надання медико-реабілітаційних послуг у закладах охорони здоров'я різних форм власності. Розроблені і запропоновані до впровадження контрольно-наглядові заходи органів публічної влади щодо цього процесу.

Заступник голови ради



Владислав МАРЧЕНКО



УКРАЇНА

ЛЬВІВСЬКА ОБЛАСНА РАДА

УПРАВЛІННЯ МАЙНОМ СПІЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ

ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ

ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД

ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ

«ЛЬВІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ІМЕНІ АНДРЕЯ КРУПІНСЬКОГО»



79000, м. Львів, вул. П. Дорошенка, 70 тел.: (032) 244-57-52, 261-50-48,

e-mail: ldmk@ukr.net

15.02.2020 № 01-35/91/1

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

на дисертаційну роботу Берлінець Ірини Анатоліївни «Удосконалення державного регулювання надання медичної реабілітаційної допомоги і послуг в Україні» на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління

Пропозиції Берлінець Ірини Анатоліївни щодо удосконалення державного управління у сфері надання медичної реабілітаційної допомоги різним категоріям населення, розроблені у межах виконання дисертаційного дослідження «Удосконалення державного регулювання надання медичної реабілітаційної допомоги і послуг в Україні» використовувалися в освітньому процесі у ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського» на спеціальності 223 Медсестринство освітньо-професійна програма – Сестринська справа за першим бакалаврським рівнем під час викладання дисциплін «Медсестринство в педіатрії», «Медсестринство в сімейній медицині» та «Медична та соціальна реабілітація».

Ректор



професор Кривко Ю.Я.