

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

# **РЕАБІЛІТАЦІЯ ІНВАЛІДІВ**

**Вінниця 2012**

УДК 364.048.6-056.26

ББК 60.550.473

Р 31

Рецензенти: дійсний член НАМН України, професор В.М.Коваленко

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

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

**Р 31 Реабілітація інвалідів: Монографія. – Вінниця:**

**ФОП Данилюк В.Г., 2012. – 216 с. : іл.**

**ISBN 978-966-2190-73-1**

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

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

Монографія призначена для спеціалістів системи медико-соціальної експертизи, ЛКК, медико-соціальної реабілітації, вчених.

В книге рассмотрены методологические аспекты реабилитации, особенности терминологии, задачи и варианты медицинской, профессиональной и социальной реабилитации, организационные основы развития государственной службы реабилитации инвалидов. Освещена современная международная концепция последствий болезней и «составляющих здоровья».

**ISBN 978-966-2190-73-1**

© В.І. Шевчук, О.Б. Яворовенко,  
Н.М. Беляєва, С.В. Шевчук, 2012

# З М І С Т

	Стор.
<b>ВСТУП</b> .....	4
<b>РОЗДІЛ 1. Історичні аспекти реабілітації</b> .....	7
<b>РОЗДІЛ 2. Особливості термінології</b> .....	9
<b>РОЗДІЛ 3. Загальні положення реабілітації</b> .....	16
<b>РОЗДІЛ 4. Державна система реабілітації інвалідів</b> .....	28
<b>РОЗДІЛ 5. Медична реабілітація</b> .....	51
<b>РОЗДІЛ 6. Професійна реабілітація</b> .....	57
<b>РОЗДІЛ 7. Соціальна та психологічна реабілітація</b> .....	66
<b>РОЗДІЛ 8. Фізична реабілітація</b> .....	76
<b>РОЗДІЛ 9. Чим відрізняється реабілітація від лікування?</b> .....	79
<b>РОЗДІЛ 10. Державна типова та індивідуальна програма реабілітації інвалідів</b> .....	83
<b>РОЗДІЛ 11. Критерії ефективності реабілітації</b> .....	87
<b>РОЗДІЛ 12. Сучасна міжнародна концепція наслідків хвороб і «складових здоров'я»</b> .....	98
<b>РОЗДІЛ 13. Законодавче поле реабілітації інвалідів в Україні</b> .....	148
<b>ЛІТЕРАТУРА</b> .....	207

## ВСТУП

За даними ООН, кожний десятий мешканець планети — інвалід, кожна четверта сім'я в світі зіштовхується з проблемами інвалідності. В 2000 році світова чисельність інвалідів зросла до 600 мільйонів, з яких близько 170 млн. складають діти (щорічно 135 млн. дітей вмирає, ще 35 млн. стають інвалідами) [24]. Турбує те, що ситуація загострюється змінами в соціально-економічній сфері: перехід до ринкових відносин погіршив загальний рівень життя і психологічне самопочуття людини. І ще один бич сьогодення – каліцтва, що призводять до зростання інвалідності. Це особливо прикметно для країн, що розвиваються, де кількість нещасних випадків зростають через поганий стан доріг, низький рівень безпеки виробництва внаслідок зносу обладнання, його невідповідності сучасним вимогам тощо.

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

Патологічні процеси, що розвиваються в результаті хвороби, з одного боку, порушують цілісність і природність функціонування організму, а з іншого — викликають у інваліда комплекс психологічної неповноцінності, що характеризується тривогою, втратою впевненості в собі, пасивністю, ізолюваністю або, навпаки, егоцентризмом, агресивністю, а часом і антисоціальними установками. Створення оптимальних умов для життєдіяльності, відновлення втраченого контакту з навколишнім світом, успішного лікування і подальшої корекції, психолого-педагогічної реабілітації, соціально-трудової адаптації і інтеграції цих людей в суспільство – першорядна державна задача. Саме по ставленню до інвалідів судять про державу, тому що це віддзеркалює соціальний рівень країни [3].

Уже тривалий час права інвалідів є предметом пильної уваги з боку міжнародних організацій. У Декларації ООН про права інвалідів (резолюція 3447 Генеральної Асамблеї ООН від 09.12.75) мовиться: *«Інваліди мають всі права на пошану їх людської гідності, на освіту, професійну підготовку, відновлення працездатності, на максимальний прояв своїх можливостей і здібностей, на прискорення процесу їх соціальної інтеграції»* [11].

Іншими важливими документами у міжнародному праві, що засвідчують права інвалідів, є *“Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів”* (Резолюція 48/96 Генеральної Асамблеї ООН від 20.12.93) [66], які гарантують інвалідам рівні права з іншими громадянами, а також на отримання ними соціального захисту з боку держави та на проведення реабілітації;

Європейська соціальна хартія; документ ООН “*Families and Disability*”; документи Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ); законодавчі акти окремих держав.

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

**Актуальними задачами реабілітації** ВООЗ при цьому вважає [6]:

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

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

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

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

Досвід показує, що реабілітація може бути ефективною та виправдовує витрачені на неї зусилля і кошти лише при науково обґрунтованому підході до

здійснення реабілітаційних заходів. Практична реалізація положень, що стосуються створення системи реабілітації, є вже не тільки медичною, але і соціальною проблемою, потребує залучення працівників охорони здоров'я та соціального захисту, соціологів, психологів, педагогів, вчених, економістів, і передбачає також активну участь в реабілітації не тільки самого хворого, але і його родини, найближчого соціального оточення.

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

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

## Розділ 1

# ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Реабілітація як спосіб відновлення порушених функцій організму відома з *давніх часів*. Ще давньоєгипетські лікарі використовували деякі прийоми трудової терапії для більш швидкого відновлення своїх пацієнтів. Лікарі Стародавньої Греції і Рима також використовували в лікувальних комплексах фізичну активацію пацієнтів і трудову терапію. В цих же країнах широко застосовували масаж як гігієнічний і лікувальний засіб і з метою підвищення працездатності. Основоположнику медицини Гіппократу належить наступний вислів: *«Лікар повинен бути досвідчений в багатьох речах і, між іншим, в масажі»* [6].

З *XIII століття* на території нинішньої Бельгії існувало і зараз існує невелике селище Гіль (Geel). За легендою, тікаючи від батька-тирана, донька ірландського короля царівна Дімфна, знайшла тут свою смерть. А оскільки батько оголосив її божевільною, то і церква, побудована в пам'ять Дімфни, стала притулком для психічно хворих з цілої Європи. Незабаром вся місцевість Geel, включно по *XX сторіччя*, стала соціально-реабілітаційною колонією для таких хворих. Подібні колонії створювались і в Німеччині, Франції, Італії, Іспанії [19].

З *XVIII століття* медична реабілітація в Європі все більш поєднується з елементами психологічної підтримки пацієнтів. Тоді ж іспанські лікарі помітили, що ті хворі, які в процесі свого лікування доглядали за іншими пацієнтами, видужували швидше, ніж ті, хто був в своєму лікуванні пасивний. За наказом Петра I на Кам'яному острові в Санкт-Петербурзі були створені відділення для видужуючих матросів, де активно застосовувалася працетерапія. В 1887 році в Петербурзі виник перший в Росії центр відновного лікування поранених на російсько-турецькій війні [65].

Особливим стимулом для розвитку різних видів реабілітації послужила *Перша світова війна*. В цей період у Великобританії були створені ортопедичні госпіталі для лікування інвалідів війни. Більшість таких центрів виникло в порядку добротності. Тисячі і тисячі покалічених, поранених воїнів одержували відновне лікування і реконструктивну допомогу. В цих госпіталях широко застосовувалася працетерапія, що проводилася під керівництвом кваліфікованих робітників. В 1917 р. в США була вперше організована Асоціація відновної терапії. Це, у свою чергу, сприяло зростанню числа спеціалістів-реабілітологів, розширенню мережі їх підготовки як в області фізичної, так і психологічної реабілітації [47].

Спочатку реабілітаційні програми були найбільш повно розроблені в ортопедії. В тридцять роки нинішнього сторіччя в СРСР Г.Ф. Лангом були розроблені принципи відновного лікування хворих з *серцево-судинними захворюваннями*, відкриті тисячі санаторіїв і курортів — важливих етапів реабілітації. В подальшому реабілітаційні комплекси в умовах санаторіїв стали розроблятися для хворих, що перенесли гостре порушення мозкового кровообігу, оперативне втручання на органах шлунково-кишкового тракту, хворих з патологією нирок, шкіри [25].

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

В цей час засновуються відділ реабілітації при Організації Об'єднаних Націй, міжнародне товариство реабілітації та товариства в окремих країнах, науково-дослідні інститути в СРСР, Англії, США. Так, в США в 1945 р. було 26 спеціальних учбових закладів дня підготовки спеціалістів-реабітологів, почала зростати кількість установ, які використовували різні види фізичної активізації пацієнтів для вирішення їх психологічних проблем [47].

В 1946 р. у Вашингтоні був проведений конгрес з реабілітації хворих на туберкульоз, де до них було вперше офіційно застосовано саме поняття «*реабілітація*» [24].

В 1967 році в Празі міністри охорони здоров'я і соціального забезпечення низки східноєвропейських країн прийняли резолюцію, що дає розширене визначення *реабілітації* як динамічної системи взаємозв'язаних компонентів (державних, соціально-економічних, медичних, професійних, психологічних, педагогічних і інших), направленої на попередження розвитку патологічних процесів, що призводять до тимчасової або стійкої втрати працездатності, на ефективне і раннє повернення хворих і інвалідів в суспільство, і до суспільно корисної праці [47].

Реабілітація як кінцева мета є повне або часткове відновлення (збереження) особистого і соціального статусу хворої людини або тієї, що захворює.

Якщо в 1968 р. видатний американський кардіолог Рааб звертав увагу на те, що щорічно 5 мільйонів американців вимушені були виїжджати для реабілітації за межі США в зарубіжні центри здоров'я, то в 1992 р. Американська Асоціація відновної терапії вже налічувала в своїх рядах більше 45 тис. членів, а для підготовки фахівців було залучено 160 коледжів і університетів [47].

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

## Розділ 2

# ОСОБЛИВОСТІ ТЕРМІНОЛОГІЇ

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

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

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

У *резолуції IX Народи міністрів охорони здоров'я* колишніх соціалістичних країн реабілітація визначена як *“система державних, соціально-економічних, медичних, професійних, педагогічних, психологічних і інших заходів, направлених на попередження розвитку патологічних процесів, що приводять до тимчасової або стійкої втрати працездатності, на ефективне і раннє повернення хворих і інвалідів в суспільство і до суспільно корисної праці”*.

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

За *Т.С.Алферовою і О.А.Потехиною*, *реабілітація* — процес здійснення взаємозв'язаного комплексу медичних, професійних, трудових і соціальних заходів різними способами, засобами і методами, направленими на збереження і

відновлення здоров'я людини і середовища його життєзабезпечення за принципом мінімакса [2]. *А.В. Чоговадзе*, визначаючи *реабілітацію*, підкреслює, що «особливо важливе відновлення фізичного, психологічного і соціального статусу людини» [63]. Інші автори розглядають реабілітацію як складний процес, в який входять: лікування хворого — медична реабілітація, виведення його з психічної депресії — психологічна реабілітація, відновлення здатності хворого для посиленої участі в трудовому процесі — професійна реабілітація.

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

Є і інші трактування реабілітації. Дуже часто її розуміють як оптимізацію традиційного лікування або, ще частіше, його продовження у вигляді доліковування із застосуванням фізіотерапевтичних, бальнеологічних засобів, лікувальної фізкультури (що саме по собі вельми значуще). Реабілітація є, перш за все, складним багатоступінчастим процесом, що має свої психофізіологічні і соціопсихологічні параметри. *М.М. Кабанов* визначає реабілітацію як системний метод підходу до лікування хворого [19].

У відповідності з *Міжнародною класифікацією ВООЗ*, прийнятою в Женеві в 1980 р. [87], виділяють наступні рівні медико-біологічних і психосоціальних наслідків хвороби або травми [6]:

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

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

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

**Класифікація порушень основних функцій організму людини:**

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

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

Згідно з *Міжнародною класифікацією порушень, обмежень життєдіяльності та соціальної дезадаптації (МКП)* [39], схваленою Міжнародною конференцією Х переогляду Міжнародної класифікації хвороб у

1989 р., замість поняття *інвалідності як стійкої втрати або зниження працездатності* введено поняття *інвалідності як соціальної недостатності (дезадаптації) внаслідок обмеження життєдіяльності (ОЖД)*, викликаного порушенням здоров'я зі стійким розладом функції організму, що призводять до необхідності соціального захисту та допомоги [27]. Деякі недоліки МКП (терміни "порушення", "обмеження життєдіяльності", "соціальна недостатність" могли трактуватися як рівнозначні, взаємозамінюючі) були усунені в *Міжнародній класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я (МКФ)*, що була прийнята в травні 2001 р. на 54 Асамблеї ВООЗ. Крім вимірювачів тяжкості обмежень життєдіяльності, вона включає умови і чинники, що впливають на ці обмеження, та ефективність заходів з їх усунення. Це дає можливість чітко визначити, на скільки можуть бути скорочені ОЖД при використанні окремих засобів реабілітації і забезпечено повернення індивіда до активного життя суспільства, та включити до індивідуальної програми реабілітації (ІПР) заходи з реактивації та ресоціалізації інваліда, його реінтеграції.

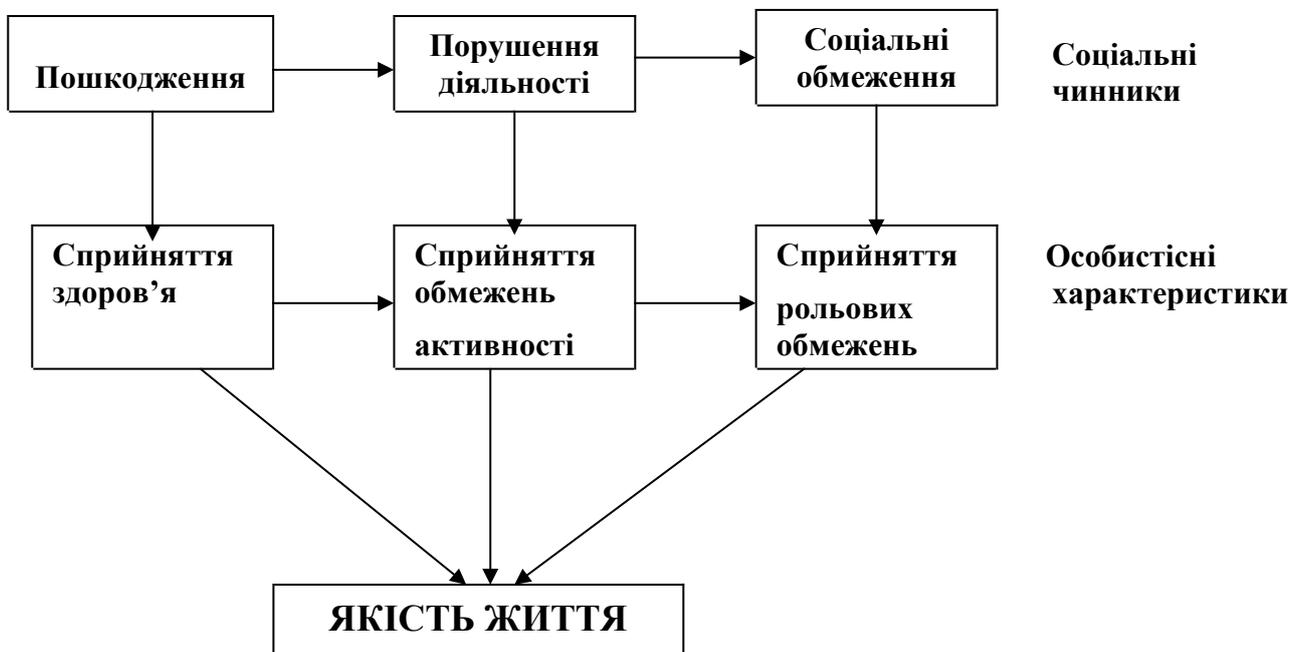


Рис. 1. Схема взаємозв'язку наслідків хвороби (за G.G.Whiteneck, 1994).

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

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

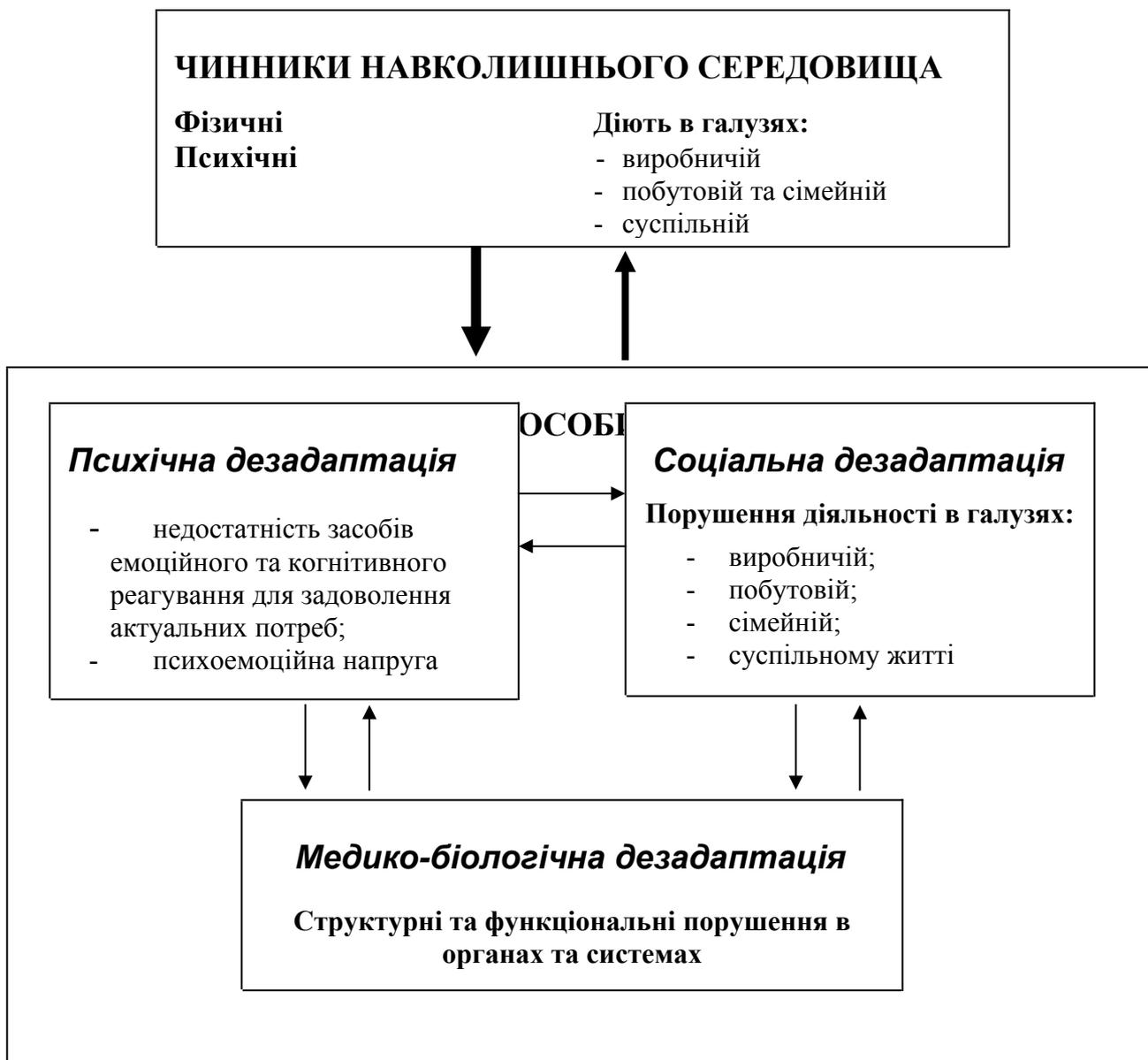


Рис. 2. Модель взаємозв'язку чинників дезадаптації внаслідок хвороби (за Беловою А.Н., Григор'євою В.Н., 1997).

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

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

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

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

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

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

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

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

В прийнятому Верховною Радою України Законі України **“Про реабілітацію інвалідів в Україні”** (№ 2961-IV від 6 жовтня 2005 року, набув чинності з 01.01.2006 р.) [14] термін *реабілітація* визначається наступним чином:

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

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

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

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

Одиницею спостереження в реабілітології є людина в середовищі її проживання.

Виділено три складові частини реабілітології:

- наука про психосоматофізіологічне здоров'я людини, засоби, способи і методи його відновлення;
- наука про екологічну реабілітацію людини і середовища її проживання;

▪ наука про відродження духовно-етичних цінностей, про адаптивні в реальному житті засоби, способи і методи формування світогляду.

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

Завдяки роботам багатьох вітчизняних і зарубіжних авторів [1, 5, 18, 27, 28, 29-31, 35, 52, 56-60, 62-63, 67] всебічно і досконало висвітлені загальні питання реабілітології, організація і основні методологічні принципи реабілітаційної допомоги. Разом з тим, все більша увага провідних фахівців різних галузей медичної науки приділяється розробці сучасних реабілітаційних технологій при окремих видах інвалідизуючої патології [4, 6, 20-24, 36, 44, 51, 53; 74]. Результатом цих робіт стало істотне підвищення якості та ефективності реабілітаційної допомоги хворим та інвалідам внаслідок ортопедо-травматологічної, кардіологічної, ревматологічної, гастроентерологічної, офтальмологічної, неврологічної та інших патологій.

## Розділ 3

# ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ

### Визначення термінів

В прийнятому Верховною Радою Законі “Про реабілітацію інвалідів в Україні” (№ 2961-IV від 6 жовтня 2005 року) [14] дається визначення найбільш вживаних в медико-соціальной експертизі та реабілітації інвалідів термінів.

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

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

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

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

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

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

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

**Інвалідність** – міра втрати здоров'я та обмеження життєдіяльності, що перешкоджає або позбавляє конкретну особу здатності чи можливості здійснювати діяльність у спосіб та в межах, що вважаються для особи нормальними залежно від вікових, статевих, соціальных і культурних факторів.

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

**Медико-соціальной експертиза** – визначення на основі комплексного обстеження усіх систем організму конкретної особи міри втрати здоров'я, ступеня

обмеження її життєдіяльності, викликаного стійким розладом функцій організму, групи інвалідності, причини і часу її настання, а також рекомендацій щодо можливих для особи за станом здоров'я видів трудової діяльності та умов праці, потреби у сторонньому догляді, відповідних видів санаторно-курортного лікування і соціального захисту для найповнішого відновлення усіх функцій життєдіяльності особи.

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

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

*Метою реабілітації* є оздоровлення хворого (інваліда), відновлення його соціального статусу, досягнення їм матеріальної незалежності та соціальна адаптація з урахуванням специфіки перенесеної їм травми або хвороби. За визначенням *М.В.Коробова* [28], мета і суть реабілітаційного впливу – відновлення біомедичного статусу, спрямування на відновлення порушених функцій і здоров'я хворих і інвалідів.

### ***Основні задачі реабілітації:***

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

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

### ***Основи реабілітації:***

- *біологічні* — властивості організму людини адаптуватися до нових умов в результаті компенсаторно-відновних процесів;
- *психічні* — прагнення людини до корисності для суспільства, яке виражається у виробничій (професійній) діяльності і в соціально-економічних відносинах;

➤ *морально-етичні* — принцип високого гуманізму, моральний ефект для суспільства;

➤ *науково-медичні* — розробка, апробація і впровадження сучасних досягнень медичної науки і практики в області відновного і замісного лікування;

➤ *соціально-економічні* — корисність для суспільства, обумовлена професійними знаннями, життєвим і виробничим досвідом, а також економічний ефект реабілітації, що значно перекиває необхідні матеріальні витрати для її здійснення. В економічно розвинених країнах підраховано і доведено, що засоби, вкладені в інфраструктуру, адаптовану для нормального життя інвалідів, повністю себе виправдовують. При цьому не тільки зменшуються витрати на лікування інвалідів і скорочується число людей, вимушених відриватися від основних видів діяльності, доглядаючи за хворими родичами, але і більш ефективно використовується трудовий потенціал самих інвалідів, підвищується їх життєвий рівень. Так, за даними медиків США, при деяких захворюваннях кожний вкладений в реабілітацію долар повертається 35 доларами [6]. За іншими даними, 80% хворих, що перенесли інфаркт міокарду, після реабілітації приступили до трудової діяльності [25]. Крім того, різко знижується соціальна напруженість, створюється сприятлива морально-психологічна обстановка в суспільстві.

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

**Принципи реабілітації** [47]:

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

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

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

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

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

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

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

За класифікацією Коробова М.В. [28] виділяють наступні *етапи реабілітації*:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- медичних,
- психофізіологічних,
- професійних,

- санітарно-гігієнічних,
- соціально-середовищних,
- правових,
- навчально-виробничих тощо.

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

**Основні напрямки реабілітації інвалідів** включають:

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

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

### **Класифікація реабілітаційного процесу**

Виділяють наступні **види реабілітації**:

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

**Стадії реабілітаційної технології** включають [36]:

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

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

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

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

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

Реабілітаційний прогноз *оцінюється* як:

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

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

3) *сумнівний* – невизначений, неясний прогноз;

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

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

Клінічний прогноз *оцінюється* як:

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

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

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

4) *сумнівний* – неясний перебіг хвороби.

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

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

- характеристику *психологічного статусу* із відображенням особливостей емоційного, когнітивного і поведінкового реагування на захворювання та інші психотравмуючі чинники (за результатами психодіагностичних досліджень);
- характеристику *порушень звичної життєдіяльності* (на основі існуючих класифікацій порушень життєдіяльності).

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

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

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

Реабілітаційний потенціал *оцінюється* як:

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

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

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

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

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

Виділяють 3 клініко-реабілітаційні групи [36]:

**КРГ-1** – інваліди з високим РП, у яких можливе відновлення працездатності. Результат досягається як за рахунок відновлення функцій і критеріїв життєдіяльності, так і за рахунок медико-професійної реабілітації – підбору професії, що рівноцінна втраченій внаслідок захворювання і не має медичних

протипоказань до її виконання. Іноді при цьому виникає потреба і у професійній реабілітації – направлення до служби зайнятості для навчання новій професії чи конкретного працевлаштування на робочому місці. Високий РП визначається в інвалідів III групи, особливо у тих випадках; в яких основною причиною інвалідності служить втрата кваліфікованої професії при неможливості рівноцінного працевлаштування, а наслідки хвороби виражені легко і виявляються тільки на рівні органу.

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

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

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

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

В *реабілітаційно-експертному висновку* стисло обґрунтовується потреба інваліда в реабілітаційних заходах. Зміст і структура реабілітаційно-експертного висновку визначаються залежно від клінічного прогнозу, реабілітаційного потенціалу і реабілітаційного прогнозу.

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

- відновлювальні медичні заходи, реконструктивна хірургія, ендопротезування, протезування, ортезування, санаторно-курортне лікування;

- медична, медико-соціальна, соціальна, психологічна, психолого-педагогічна, фізична, професійна, трудова, фізкультурно-спортивна реабілітація, соціальна адаптація;

- забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення;

- освіта, професійна орієнтація, сприяння в працевлаштуванні, виробнича адаптація;

- фізкультурно-спортивні заходи, оздоровлення.

#### ***Учасниками реабілітаційного процесу є:***

- педагогічні, медичні, соціальні, музичні працівники, психологи, психотерапевти, спортивні тренери, майстри виробничого навчання реабілітаційної установи, реабілітологи та інші фахівці, пов'язані з реабілітаційним процесом;

- інваліди, діти-інваліди, які проходять реабілітацію;

- законні представники інвалідів, дітей-інвалідів.

***Реабілітаційні заходи*** – комплекс заходів, якими здійснюється реабілітація інвалідів.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Всі реабілітаційні заходи складають єдиний комплекс.

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

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

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

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

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

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

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

*Технічними та іншими засобами реабілітації інвалідів є:*

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

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

Рішення про забезпечення інвалідів технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення приймається медико-соціальними експертними комісіями (лікарсько-консультативними комісіями лікувально-

профілактичних закладів – щодо дітей-інвалідів) на підставі *медичних показань* і протипоказань, а також *соціальних критеріїв*:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Протезно-ортопедичні підприємства здійснюють свою діяльність на підставі її ліцензування. Обов'язковою умовою ліцензування є відповідність виробничої

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

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

## Розділ 4

# ДЕРЖАВНА СИСТЕМА РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ

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

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

### *Державна політика України у сфері реабілітації інвалідів:*

- забезпечує координованість системи реабілітації, що реалізується через своєчасність, безперервність та комплексність відновлювальних заходів і методик, а також доступність технічних та інших засобів реабілітації і виробів медичного призначення, реабілітаційних послуг, відповідність їх змісту, рівня та обсягу фізичним, розумовим, психічним можливостям і стану здоров'я інваліда, дитини-інваліда;

- регламентує правові, економічні, соціальні умови надання інвалідам, дітям-інвалідам реабілітаційних послуг з урахуванням їх функціональних можливостей, потреби у виробі медичного призначення, технічних та інших засобах реабілітації;

- гарантує матеріально-технічне, фінансове, кадрове і наукове забезпечення системи реабілітації;

- визначає умови для відновлення або здобуття трудових навичок, отримання освіти, професійної перепідготовки і працевлаштування з урахуванням функціональних можливостей осіб з інвалідністю, сприяння виробничій діяльності підприємств та організацій громадських організацій інвалідів;

- забезпечує реабілітаційним установам незалежно від їх відомчого підпорядкування, типу і форми власності рівні умови для здійснення реабілітації інвалідів, дітей-інвалідів;

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

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

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

Формування і розвиток Державної служби реабілітації інвалідів базується на наступних *принципах* [33]:

- державний характер гарантій прав інвалідів,

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

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

*Суб'єкти держави* в рамках своєї компетенції повинні проводити:

- координацію діяльності органів на регіональному рівні;
- реалізацію державної політики в області реабілітації-інвалідів;
- участь в реалізації державних програм по реабілітації інвалідів;
- формування державних органів управління системою реабілітації на регіональному рівні і керівництво ними;
- створення, реорганізацію і ліквідацію реабілітаційних закладів на відповідній території, акредитацію і ліцензування таких реабілітаційних закладів; встановлення спеціальних регіональних податків і зборів на розвиток системи реабілітації інвалідів;
- фінансування і надання організаційно-методичної допомоги в частині матеріально-технічного забезпечення органів управління системою реабілітації інвалідів; формування адміністративно-територіальних бюджетів в частині витрат на реабілітацію; встановлення регіональних нормативів фінансування системи реабілітації інвалідів; визначення регіональних нормативів фінансування системи реабілітації інвалідів; встановлення регіональних нормативів матеріального і фінансового забезпечення реабілітованих інвалідів і працівників реабілітаційних закладів; участь в організації і проведенні підготовки, перепідготовки і підвищення кваліфікації кадрів; координацію і фінансування наукових досліджень.

До *компетенції органів місцевого самоврядування* відноситься: планування, організація регулювання і контроль за діяльністю місцевих органів управління реабілітації інвалідів, формування місцевих бюджетів і фондів розвитку реабілітації інвалідів, розробка і визначення місцевих нормативів фінансування реабілітації інвалідів, забезпечення можливості проведення реабілітації інвалідам, що проживають на даній території, створення, реорганізацію і ліквідацію

реабілітаційних закладів, пристосування об'єктів соціальної інфраструктури місцевого підпорядкування до потреб інвалідів. В повному обсязі функції органів місцевого самоврядування по реабілітації інвалідів повинні бути записані в Статуті.

**Державне управління системою реабілітації інвалідів** покладається на *центральні і місцеві* органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування, які в межах своїх повноважень здійснюють керівництво підприємствами, установами, закладами системи реабілітації інвалідів, аналітично-прогнозу діяльність, визначають тенденції розвитку і вплив демографічної, соціально-економічної, екологічної ситуації, інфраструктури виробничої та невиробничої сфер, ринку праці на стан інвалідності населення, формують напрями взаємодії різних ланок системи реабілітації інвалідів, стратегічні напрями її розвитку, узагальнюють світовий і вітчизняний досвід у цій сфері (ст.6 Закону “Про реабілітацію інвалідів в Україні”).

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

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

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

- розробляє нормативно-правові акти з питань соціального захисту інвалідів, дітей-інвалідів, здійснює контроль за додержанням законодавства, що регламентує правовідносини у сфері соціального захисту інвалідів;
- організовує розробку та впровадження державних соціальних нормативів у сфері реабілітації, Державної типової програми реабілітації інвалідів на основі матеріалів відповідних центральних органів виконавчої влади;
- бере участь у розробці державних і цільових програм, заходів з профілактики інвалідності та медичної, психологічної, фізичної, трудової, фізкультурно-спортивної, соціальної реабілітації інвалідів, дітей-інвалідів;
- організовує здійснення заходів щодо забезпечення інвалідів, дітей-інвалідів соціальним, культурним та інформаційним обслуговуванням, технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення, спеціальним автотранспортом, заняття фізичною культурою, дозвілля;
- запроваджує правові, економічні та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність реабілітаційних установ і забезпечують

розвиток їх мережі;

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

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

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

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

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

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

- сприяє міжнародному співробітництву у сфері реабілітації інвалідів;

- здійснює інші повноваження, передбачені законодавством.

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

- контроль за втіленням державної політики у сфері реабілітації інвалідів;

- розробку нормативно-правових актів з питань соціального захисту інвалідів, дітей-інвалідів, контроль за додержанням законодавства, що регламентує правовідносини у сфері соціального захисту інвалідів;

- розробку галузевих програм розвитку системи реабілітації інвалідів, а також участь у розробці таких міжгалузевих програм;

- участь у розробці єдиних науково обґрунтованих державних соціальних нормативів у сфері реабілітації, критеріїв та вимог до реабілітаційних заходів, Державної типової програми реабілітації інвалідів, вимог щодо медичного, освітнього, науково-методичного, матеріально-технічного, фінансового і кадрового забезпечення реабілітаційних установ;

- контроль якості виробів медичного призначення, технічних та інших засобів реабілітації;

- затвердження типових положень про реабілітаційні установи, положень (статутів) реабілітаційних установ своєї сфери управління;

- створення умов для забезпечення інвалідів, дітей-інвалідів технічними та іншими засобами і послугами реабілітації, виробами медичного призначення;

- організацію професійної підготовки кадрів для системи реабілітації

інвалідів, впровадження новітніх реабілітаційних методик і технологій, передового досвіду у цій сфері;

- науково-методичне керівництво, контроль за дотриманням нормативно-правових актів, державних соціальних нормативів у сфері реабілітації, критеріїв та вимог до реабілітаційних заходів, перевірку діяльності реабілітаційних установ;

- доступність для інвалідів об'єктів соціальної інфраструктури та інформації, виготовлення спеціального виробничого і побутового обладнання, пристосувань для полегшення побуту і праці цієї категорії громадян;

- участь у створенні і підтримці міжвідомчого інформаційного простору з проблем інвалідності;

- співробітництво з державними органами і реабілітаційними установами іноземних держав.

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

- вживають заходів щодо розширення мережі реабілітаційних установ, у тому числі шляхом створення недержавних реабілітаційних установ;

- організують виконання державних програм у сфері реабілітації інвалідів;

- організують контроль за діяльністю суб'єктів господарювання, які здійснюють реабілітаційні заходи, незалежно від підпорядкування і форми власності, за додержанням ними вимог ліцензування;

- створюють умови для забезпечення інвалідів, дітей-інвалідів, виходячи з їх потреб та відповідно до рекомендацій медико-соціальних експертних комісій (лікарсько-консультативних комісій лікувально-профілактичних закладів), технічними та іншими засобами і послугами реабілітації, виробами медичного призначення, спеціальним автотранспортом;

- створюють умови для розвитку творчих здібностей інвалідів, дітей-інвалідів, занять фізичною культурою і спортом інвалідів, дітей-інвалідів;

- затверджують положення (статути) реабілітаційних установ комунальної форми власності, погоджують положення (статути) реабілітаційних установ недержавної форми власності;

- організують підготовку і підвищення кваліфікації кадрів з реабілітації інвалідів, дітей-інвалідів, роботу з науково-методичного забезпечення реабілітаційних установ;

- забезпечують реалізацію державних програм, розробляють з урахуванням соціально-економічних, демографічних та інших особливостей і фінансують регіональні, місцеві програми зазначеного напрямку;

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

- беруть участь у створенні і підтримці міжвідомчого інформаційного простору з проблем інвалідності;

- організують інформування інвалідів про зміни у законодавстві про реабілітацію інвалідів.

Координаційну діяльність державних органів влади з питань реабілітації інвалідів, а також інших питань, що вимагають міжвідомчих узгоджень і державному рівні, проводить створений при Кабінеті Міністрів постійно діючий орган – *Рада у справах інвалідів при Кабінеті Міністрів України*. Основними завданнями її є:

- координація дій органів виконавчої влади у вирішенні правових, економічних та соціальних питань інвалідів;
- підготовка пропозицій щодо формування і реалізації державної політики у сфері соціального захисту інвалідів;
- визначення шляхів, механізмів та способів вирішення проблемних питань, що виникають під час реалізації державної політики у сфері соціального захисту інвалідів;
- підготовка пропозицій щодо удосконалення нормативно-правової бази з питань соціального захисту інвалідів.

Відповідно до покладених на неї завдань Рада:

- 1) проводить аналіз стану справ та причин виникнення проблем у процесі реалізації державної політики у сфері соціального захисту інвалідів;
- 2) вивчає результати діяльності центральних і місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій у сфері соціального захисту прав інвалідів;
- 3) проводить моніторинг стану виконання органами виконавчої влади покладених на них завдань із забезпечення соціального захисту інвалідів;
- 4) бере участь у розробленні проектів нормативно-правових актів з питань соціального захисту інвалідів;
- 5) готує та подає рекомендації та пропозиції щодо вирішення питань соціального захисту інвалідів;
- 6) розробляє рекомендації щодо вдосконалення механізму взаємодії органів виконавчої влади з підприємствами, установами та організаціями і громадськими організаціями інвалідів під час вирішення питань, пов'язаних із забезпеченням соціального захисту інвалідів;
- 7) вивчає та аналізує досвід зарубіжних держав у розв'язанні соціальних проблем інвалідів з метою використання його у вітчизняній практиці, сприяє налагодженню та розширенню співробітництва з відповідними міжнародними органами та організаціями.

Реалізацію державної політики у сфері соціального захисту інвалідів, ветеранів війни, інших осіб, на яких поширюється дія Закону України "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту", ветеранів праці, ветеранів військової служби, військовослужбовців, звільнених у запас або відставку, жертв нацистських переслідувань здійснює *Державна служба з питань інвалідів та ветеранів України*. Основними завданнями її є:

- реалізація державної політики у сфері соціального захисту інвалідів та ветеранів, військовослужбовців, звільнених у запас або відставку, жертв нацистських переслідувань;

- внесення пропозицій Міністру щодо формування державної політики у сфері соціального захисту інвалідів, ветеранів, військовослужбовців, звільнених у запас або відставку, жертв нацистських переслідувань;

- здійснення заходів щодо увічнення пам'яті захисників Вітчизни та жертв воєн та участь у патріотичному вихованні громадян.

Відповідно до покладених на неї завдань Служба:

1) координує роботу зі здійснення органами виконавчої влади заходів щодо реалізації державної політики у сфері соціального і правового захисту інвалідів, ветеранів, військовослужбовців, звільнених у запас або відставку, жертв нацистських переслідувань;

2) збирає та аналізує інформацію щодо потреби у забезпеченні інвалідів санаторно-курортними путівками, автомобілями, технічними та іншими засобами реабілітації, подає Міністерству пропозиції щодо їх розподілу між регіонами для подальшого забезпечення ними інвалідів;

3) щорічно подає Міністерству пропозиції щодо формування граничної ціни на технічні та інші засоби реабілітації, що виготовляються на індивідуальне замовлення;

4) здійснює моніторинг забезпечення інвалідів санаторно-курортними путівками, автомобілями, технічними та іншими засобами реабілітації; виплати грошових компенсацій на бензин, ремонт і технічне обслуговування автомобілів та на транспортне обслуговування, замість санаторно-курортної путівки та вартості самостійного санаторно-курортного лікування, аналіз відповідності розмірів цих компенсацій їх фактичним витратам;

5) забезпечує координацію заходів центральних та місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій щодо імплементації та реалізації Конвенції ООН про права інвалідів, готує і подає Міністерству звіт про вжиті заходи та проект доповіді у Комітет з прав інвалідів ООН;

6) аналізує разом із громадськими організаціями інвалідів рівень доступності для інвалідів та інших маломобільних категорій населення об'єктів житлово-комунального та громадського призначення, транспорту, інформації та зв'язку, а також інших об'єктів і послуг, вносить центральним та місцевим органам виконавчої влади, органам місцевого самоврядування пропозиції щодо створення безперешкодного середовища;

7) співпрацює із громадськими організаціями інвалідів і ветеранів, здійснює розподіл коштів, передбачених у Державному бюджеті України для підтримки громадських організацій інвалідів та ветеранів, що мають статус всеукраїнських, здійснює моніторинг заходів, проведених цими організаціями за рахунок зазначених коштів, аналізує ефективність таких заходів;

8) взаємодіє з Комісією з питань діяльності підприємств та організацій громадських організацій інвалідів щодо організації підтримки діяльності заснованих громадськими організаціями інвалідів підприємств, організацій та вносить Міністерству пропозиції щодо вдосконалення державної політики з цих питань;

9) аналізує стан наповнення Централізованого банку даних з проблем інвалідності в частині забезпечення інвалідів санаторно-курортними путівками, автомобілями, технічними та іншими засобами реабілітації, виплати грошових компенсацій на бензин, ремонт і технічне обслуговування автомобілів та на транспортне обслуговування, замість санаторно-курортної путівки та вартості самостійного санаторно-курортного лікування;

10) вносить пропозиції Міністерству щодо призначення довічних державних стипендій учасникам бойових дій у період Великої Вітчизняної війни 1941-1945 років та довічних державних іменних стипендій громадянам України, які зазнали переслідувань за правозахисну діяльність;

11) бере участь у межах своїх повноважень у здійсненні контролю за реалізацією державної політики у сфері соціального захисту інвалідів, ветеранів, військовослужбовців, звільнених у запас або відставку, жертв нацистських переслідувань, за виплатою компенсацій ветеранам та членам їх сімей, відшкодуванням матеріальних втрат, пов'язаних із виконанням службових обов'язків, і шкоди, заподіяної здоров'ю;

12) спрямовує, координує та контролює діяльність Фонду соціального захисту інвалідів;

13) інші завдання.

Координацію оперативної і постійної діяльності у сфері реабілітації інвалідів проводить *Міністерство соціальної політики України* та *Міністерство охорони здоров'я України*, для чого при них створюються наступні структури:

1) *Методична рада з питань реабілітації інвалідів та дітей-інвалідів* (при Міністерстві соціальної політики України).

2) *Міжвідомча комісія з питань медичної реабілітації інвалідів* (при Міністерстві охорони здоров'я України).

*Методична рада з питань реабілітації інвалідів та дітей-інвалідів* утворена з метою запровадження системного підходу до роботи реабілітаційних установ системи Мінсоцполітики та є її дорадчим органом.

Основними завданнями Методичної ради є:

- вивчення основних напрямів, форм та методів науково-методичного та кадрового забезпечення реабілітаційних установ;
- опрацювання проблемних питань, що виникають під час роботи реабілітаційних установ;
- розробка та впровадження системного підходу в діяльність мережі реабілітаційних установ системи Мінпраці;
- сприяння обміну досвідом реабілітаційних установ системи Мінпраці;
- розгляд, узагальнення та подання керівництву Міністерства рекомендацій та пропозицій щодо пріоритетних напрямів діяльності реабілітаційних установ системи Мінпраці, стратегічних напрямів державної політики у сфері реабілітації.

Методична рада, виходячи з рішень Уряду, планів роботи Мінсоцполітики і покладених на неї завдань:

1) аналізує актуальні питання реабілітації та вносить пропозиції щодо їх вирішення;

- 2) розглядає результати найважливіших досліджень з питань реабілітації та вносить рекомендації щодо їх практичного застосування;
- 3) вносить пропозиції до планів роботи наукових установ Міністерства;
- 4) заслуховує та вносить пропозиції керівництву Міністерства щодо затвердження методик реабілітаційних установ;
- 5) заслуховує річні звіти реабілітаційних установ про їх діяльність та надає пропозиції щодо поліпшення ефективності їх роботи.

В областях і регіонах координацію діяльності всіх виконавчих державних органів влади з питань реабілітації інвалідів проводять створені при обласних державних адміністраціях *міжвідомчі комісії по координації діяльності в області реабілітації інвалідів*. На ці комісії можуть бути покладені наступні *функції*:

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

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

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

Основними *напрямами діяльності* Ради є:

- визначення регіональної інфраструктури реабілітаційно-оздоровчих установ та розробка функціональних зв'язків між ними;
- підготовка пропозицій для управління охорони здоров'я щодо організації та удосконалення системи медичної реабілітації хворих та інвалідів;

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

## **ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОБОВ'ЯЗКИ ВІДОМСТВ, ЗАДІЯНИХ В СИСТЕМІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ**

*На державному рівні [34]:*

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

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

*Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України:* готує пропозиції по удосконаленню державної політики по освіті інвалідів, розробляє і реалізує цільові програми по реабілітації інвалідів; організує діяльність державної системи освіти по професійній реабілітації інвалідів; приймає участь в розробці Державної типової програми реабілітації інвалідів (по розділу професійної реабілітації); забезпечує керівництво державними закладами, сприяє розвитку і створенню мережі нових закладів, що проводять навчання інвалідів і дітей-інвалідів; проводить інноваційну політику в галузі технологій навчання інвалідів; організує виховання і навчання інвалідів (дітей-інвалідів) в дошкільних загальноосвітніх закладах, закладах початкової, середньої і вищої професійної освіти; організує підготовку кадрів з питань навчання інвалідів; організує роботу по науково-методичному забезпеченню навчання інвалідів; готує пропозиції по удосконаленню соціальної політики в області реабілітації інвалідів методами фізичної культури, спорту і туризму; розробляє і реалізує державні цільові програми по реабілітації інвалідів (по розділу фізичної і адаптаційної реабілітації); організує створення і розвиток мережі закладів, що проводять реабілітацію інвалідів методами фізичної культури, спорту, туризму; проводить інноваційну політику в області технологій реабілітації інвалідів методами фізичної культури, спорту і туризму; організує підготовку кадрів.

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

*Міністерство інфраструктури України:* приймає участь в розробці і реалізації державних цільових програм по реабілітації інвалідів (розділ транспортного обслуговування); готує пропозиції по удосконаленню соціальної політики в області забезпечення для інвалідів доступу до середовища життєдіяльності; проводить інноваційну політику в області технологій

транспортного обслуговування інвалідів; організовує роботу по виробництву спеціальних транспортних засобів для інвалідів, по створенню спеціальної інфраструктури, що забезпечує безперешкодний доступ інвалідів до засобів пересування.

*Міністерство регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України:* розробляє пропозиції по удосконаленню соціальної політики в області створення для інвалідів доступного середовища життєдіяльності, розробляє і реалізує державні цільові програми по реабілітації інвалідів (по проблемі створення для інвалідів доступного середовища життєдіяльності), коригує відповідну нормативну базу; сприяє створенню та розвитку підприємств, що проводять проектування і проведення робіт по адаптації житла до потреб інвалідів.

### ***На обласному (регіональному рівні):***

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

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

*Управління освіти і науки, молоді та спорту, управління культури:* реалізують державну політику в відношенні інвалідів у відповідності зі специфікою діяльності, розробляють і реалізують регіональну політику з питань, що відповідають специфіці діяльності галузі; приймають участь в розробці та реалізації регіональних цільових програм по реабілітації інвалідів, приймають участь в розробці і реалізації регіональних гарантованих переліків реабілітаційних заходів, послуг і технічних засобів; контролюють виконання відповідних розділів

ІПР; забезпечують керівництво регіональними реабілітаційними підвідомчими закладами; організують ліцензування діяльності підвідомчих реабілітаційних закладів; проводять інноваційну політику; організують підготовку кадрів.

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

*Інші управління:* розробляють і реалізують заходи по вдосконаленню транспортного обслуговування інвалідів; створюють інфраструктуру, що сприяє доступу інвалідів до транспортних засобів; забезпечують реалізацію державного законодавства відносно транспортних пільг інвалідам; залучають до питань транспортного обслуговування інвалідів органи місцевого самоврядування і суспільні організації інвалідів; реалізують державну політику в сфері створення доступного для інвалідів середовища життєдіяльності (в сфері архітектури і будівництва); приймають участь в розробці і реалізації регіональної політики в області створення доступного для інвалідів середовища життєдіяльності; приймають участь в розробці і реалізації цільових програм по реабілітації інвалідів; приймають участь в розробці компонентів регіональних стандартів по реабілітації інвалідів; контролюють виконання відповідних розділів ІПР; проводять контроль за виконанням вимог доступності для інвалідів житлових будинків і об'єктів соціальної інфраструктури при їх будівництві і реконструкції; сприяють створенню і розвитку в регіонах організацій, що проводять проектування і проведення робіт по адаптації житла до потреб інваліда.

#### ***На місцевому рівні:***

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

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

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

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

Система реабілітації інвалідів включає цілу низку взаємопов'язаних **складових** [21]:

- наукові погляди, принципи та розробки, законодавчу та нормативну базу в галузі реабілітації;
- сукупність заходів, засобів та методів реабілітації;
- програми реабілітації на різних рівнях державного устрою – від базових державних до регіональних, обласних, районних, та на індивідуальному рівні окремої особи – індивідуальні програми реабілітації та адаптації інваліда;
- установи різної відомчої підпорядкованості, що виконують різноманітні реабілітаційні заходи.

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

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

Наукові погляди та принципи формування системи реабілітації інвалідів в Україні розробляються науковцями з використанням світового досвіду, розробок ВООЗ, країн СНД. Наукові дослідження спрямовані на розробку як теоретичних засад базових програм реабілітації, так і індивідуальних програм реабілітації інвалідів внаслідок основних інвалідизуючих захворювань і травм. Організаційні принципи передбачають побудову системи реабілітації як специфічної сфери діяльності суспільства [21].

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

- *органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування*, які здійснюють державне управління системою реабілітації інвалідів;
- *реабілітаційні установи* для інвалідів, дітей-інвалідів незалежно від

відомчого підпорядкування, типу і форми власності;

- *будинки дитини* - дошкільні навчальні заклади для дітей з вадами фізичного та/або розумового розвитку віком до чотирьох років незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності;

- *спеціальні та санаторні дошкільні навчальні заклади (ясла-садки) компенсуючого типу* для дітей віком від двох до семи (восьми) років, які потребують корекції фізичного та/або розумового розвитку, тривалого лікування та реабілітації, незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності;

- *дошкільні навчальні заклади (ясла-садки) комбінованого типу* для дітей віком від двох місяців до шести (семи) років, у складі яких можуть бути групи загального розвитку, компенсуючого типу, сімейні, прогулянкові, в яких забезпечується дошкільна освіта з урахуванням стану здоров'я дітей, їх розумового, психологічного, фізичного розвитку, незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності;

- *дошкільні навчальні заклади (центри розвитку дитини) системи освіти*, в яких забезпечуються фізичний, розумовий і психологічний розвиток, корекція психологічного і фізичного розвитку, оздоровлення дітей, які відвідують інші навчальні заклади чи виховуються вдома;

- *спеціальні загальноосвітні школи (школи-інтернати)* - загальноосвітні навчальні заклади системи освіти для дітей, які потребують корекції фізичного та/або розумового розвитку;

- *загальноосвітні санаторні школи (школи-інтернати)* - загальноосвітні навчальні заклади I-III ступенів з відповідним профілем системи освіти для дітей, які потребують тривалого лікування;

- *навчальні заклади системи органів праці та соціального захисту населення*;

- *установи соціального обслуговування інвалідів, дітей-інвалідів* незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності;

- *санаторно-курортні установи системи органів праці та соціального захисту населення*;

- *протезно-ортопедичні підприємства* незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форми власності;

- *установи культури, санаторно-курортні та оздоровчі заклади громадських організацій інвалідів*;

- *академічні та галузеві науково-дослідні, науково-методичні установи*, які беруть участь у здійсненні державної політики у сфері реабілітації інвалідів.

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

**Реабілітаційні установи** - це установи, підприємства, заклади, у тому числі їх відділення, структурні підрозділи, незалежно від форми власності, що здійснюють реабілітацію інвалідів і дітей-інвалідів відповідно до державних соціальних нормативів у сфері реабілітації.

В систему реабілітації інвалідів повинні входити реабілітаційні заклади різного відомчого підпорядкування і функціональної спрямованості (вже існуючі і ті, що мають бути створені) [33].

**Основними принципами функціонування** реабілітаційних установ є:

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

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

### **Класифікація реабілітаційних установ**

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

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

Реабілітаційні установи можуть бути *змішаного* типу.

За *організаційно-правовими формами* реабілітаційні установи можуть розподілятися на [36]:

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

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

*Форми реабілітаційних установ* – стаціонарні, амбулаторні;

*Профілі реабілітаційних установ* – загальні (*поліпрофільні* установи) і

спеціалізовані (*монопрофільні установи*).

За *ступенем централізації* реабілітаційні установи можна поділити на [27]:

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

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

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

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

Діяльність державних реабілітаційних установ усіх рівнів повинна регулюватись відповідними **Типовими (тимчасовими) положеннями** і розробленими на їх основі **Статутами** [33].

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

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

Реабілітаційні комісії *здійснюють*:

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

- затвердження висновку про виконання індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда.

Виділяють наступні *рівні організації медико-реабілітаційної допомоги*:

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

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

Значимість *амбулаторного рівня* визначається декількома чинниками:

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

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

Первинною ланкою Державної служби реабілітації інвалідів є *кабінети* багатопрофільної комплексної реабілітації інвалідів. Кабінет може бути структурним підрозділом будь-якого стаціонарного закладу системи соціального захисту або лікарні відновного лікування, поліклініки чи іншого медичного закладу [33].

*Функції кабінету*:

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

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

Найбільш розповсюдженими формами реабілітації є *реабілітаційне*

*відділення і реабілітаційний центр.*

У випадках створення *реабілітаційного відділення* на базі великої міської поліклініки воно, як правило, частково використовує наявну в поліклініці лікувальну базу й адміністративно-господарський апарат. Оптимальною формою служби реабілітації у великому місті є мережа відділень відновного лікування, розташованих у кожному районі міста на базах територіальних поліклінік, у сукупності з міським центром реабілітації, що має власну діагностичну і лікувальну базу.

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

Особливо актуальним є створення ***центрів комплексної реабілітації інвалідів***. ***Центр*** являється самостійним структурним підрозділом Державної служби реабілітації інвалідів, що реалізує комплексну систему заходів по медико-соціальній реабілітації інвалідів [34].

Основними *функціями Центру* є:

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

В *структуру центру* можуть входити:

*Відділ медичної реабілітації* з стаціонаром, медико-консультативне відділення (кабінет лікаря-спеціаліста по реабілітації, кабінет невропатолога, кабінет психіатра, кабінет нарколога тощо); відділення відновної терапії (кабінет фіз. методів реабілітації, кабінет механотерапії, рефлексотерапії і нетрадиційних методів лікування, трудотерапії, водо- і бальнеотерапії, ЛФК, функціональної діагностики); відділення протезування і ортезування.

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

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

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

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

До *амбулаторних реабілітаційних центрів* відносяться *загальні* амбулаторні центри медичної реабілітації, де проходять реабілітацію пацієнти неврологічного, ортопедичного, кардіологічного й іншого профілів, і *спеціальні* центри медичної реабілітації (наприклад, для дітей з дитячим церебральним паралічем) [6].

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

## **ПРИНЦИПИ ЗДІЙСНЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ ТА ХВОРИХ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ**

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

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

Основною вимогою до проведення відновного лікування в реабілітаційній установі є формування *реабілітаційних бригад* (чи *реабілітаційних команд*,

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

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

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

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

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

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

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

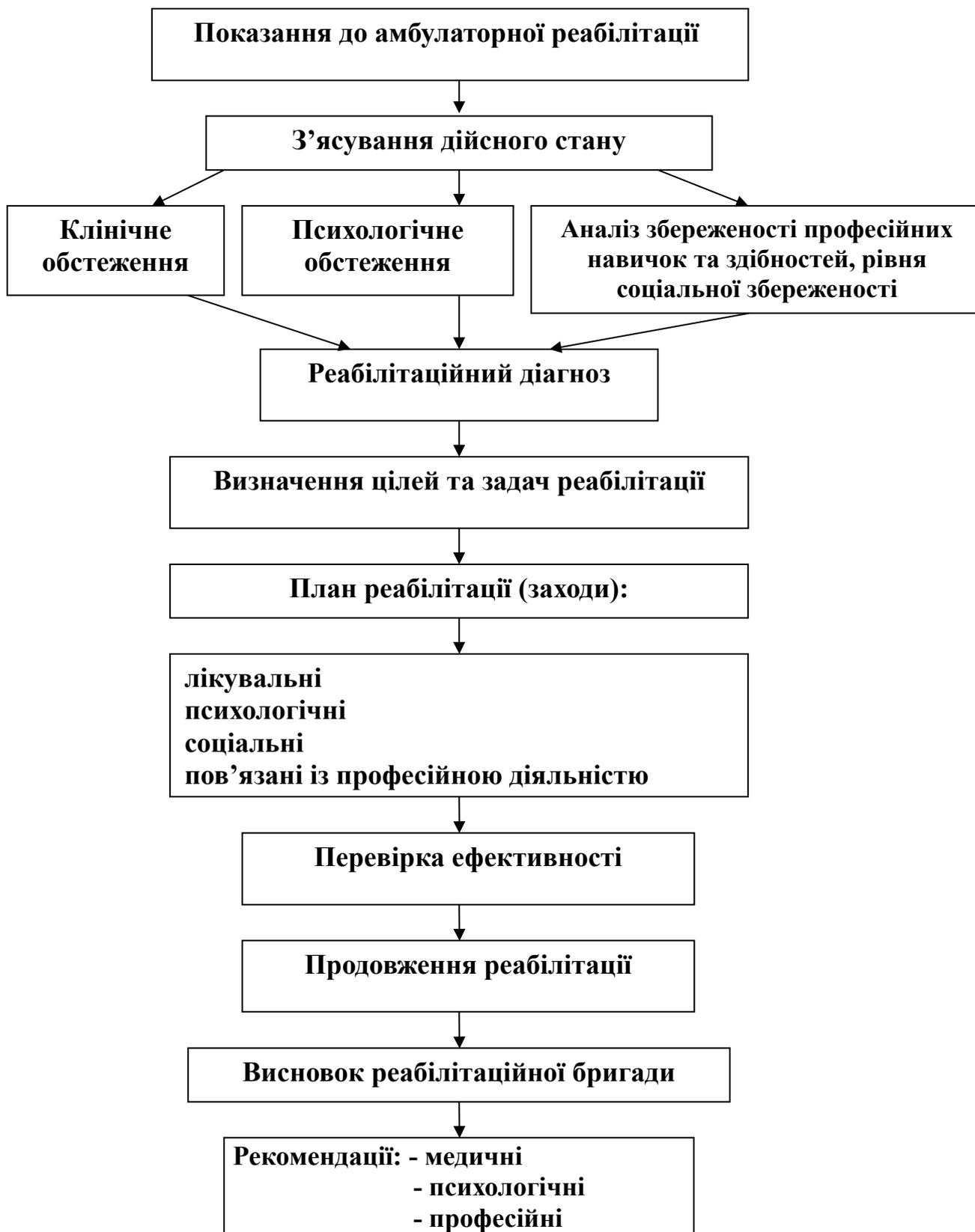


Рис. 3. Послідовність реабілітаційних заходів (за Беловою А.Н., Григор'євою В.Н., 1997)

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

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

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

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

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

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

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

## Розділ 5

# МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

### Визначення термінів

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

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

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

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

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

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

#### **Основні напрями медичної реабілітації:**

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

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

- клініко-експертна і реабілітаційна діагностика;
- розробка на підставі діагностичного етапу програм медичної реабілітації;
- подальша реалізація цих програм;
- динамічний контроль за проведенням реабілітації, при необхідності коректування реабілітаційних заходів;
- аналіз ефективності реабілітації на її кінцевому етапі [60].

**Система медичної реабілітації хворих і інвалідів** включає:

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

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

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

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

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

До комплексу **відновної терапії** входять:

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

- *працетерапія;*
- *реабілітаційний режим.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Загальні протипоказання до проведення медичної реабілітації** (В.Б. Смычѣк, 2009)

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

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

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

## **ПРИНЦИПИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

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

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

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

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

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

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

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

1) *лікарняна фаза*, що починається з моменту вступу хворого (інваліда) в стаціонар;

2) *фаза одужання* (реабілітаційні заходи виконуються в центрах реабілітації, поліклініках, санаторіях);

3) *фаза підтримуюча*, яка триває все життя і проводиться при тривалому диспансерному нагляді.

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

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

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

Після закінчення фази одужання хворий вступає в *третю (підтримуючу) фазу* реабілітації, *метою* якої є підтримка досягнутого рівня фізичної працездатності з деяким її збільшенням у ряду хворих, завершення психологічної реабілітації вже в умовах відновлення його соціального життя і попередження прогресування захворювання. Рішення всіх задач третьої фази реабілітації можливе тільки при відпрацюванні організаційної структури її в умовах районної поліклініки.

У другій і третій фазах реабілітації слід енергійно проводити заходи вторинної профілактики, яка включає боротьбу з первинними чинниками ризику, що грають роль у виникненні даного захворювання. Основна задача вторинної

профілактики – попередження прогресування захворювання, його рецидивів і розвитку ускладнень. Складовими частинами вторинної профілактики є: лікувальна фізкультура, лікувальне харчування, фізіотерапевтичні процедури, медикаментозне лікування і ін.

Існують такі **варіанти медичної реабілітації**:

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

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

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

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

Медичну реабілітацію на регіональному рівні *проводять за рахунок* бюджетних коштів, що виділені на охорону здоров'я області, цільових страхових фондів, залучених коштів. Державні структури повинні субсидувати наукові дослідження по створенню нових вискоелективних реабілітаційних програм, матеріально-технічну базу, що забезпечує проведення реабілітаційних заходів, систему нагляду.

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

### ***Організація медичного обслуговування в реабілітаційних установах***

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

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

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

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

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

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

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

## Розділ 6

# ПРОФЕСІЙНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

### Визначення термінів

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Спеціально створені умови** трудової, побутової і суспільної діяльності – специфічні санітарно-гігієнічні, організаційні, технічні, технологічні, правові,

економічні, мікросоціальні чинники, що дозволяють інваліду здійснювати трудову, побутову і суспільну діяльність відповідно до його реабілітаційного потенціалу.

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

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

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

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

Вона передбачає:

- навчання або перенавчання доступним формам праці;
- відновлення знижених або втрачених професійних функцій,
- відбір професії та адаптацію до неї інваліда, дитини-інваліда;
- поновлення трудової діяльності інваліда в колишній або в новій професії;
- забезпечення необхідними індивідуальними технічними пристосуваннями для полегшення користування робочим інструментом;
- пристосування робочого місця до функціональних можливостей інваліда на його колишньому підприємстві;
- організацію спеціальних цехів і підприємств для інвалідів з полегшеними умовами праці і скороченим робочим днем;

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

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

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

**Працетерапія** — важливий чинник в системі реабілітаційних заходів. Адже часто через соматичні і психічні розлади людина надовго відривається від улюбленої роботи і колективу, починає забувати раніше придбані трудові навички. При хронічних захворюваннях саме неробство, відрив від систематичної роботи є

головними чинниками, які викликають інертність, байдужість, пасивність, відхід від друзів. Не випадково Цельє говорив, що *«неробство прискорює настання старості, праця продовжує нашу молодість»*. Задачею і метою працетерапії є не дати хворому (інваліду) можливість впасти в неробство, відновити його активне відношення до праці і знову створити стереотипи трудової діяльності, що починають втрачатися, з їх комплексом соціальних зв'язків. Цілеспрямована робота в колективі допомагає знайти зворотний шлях в колектив і суспільство. Великий педагог К.Д.Ушинський писав: *«Матеріальні плоди праці складають людське надбання, але тільки внутрішня, духовна, життєдайна сила праці служить джерелом людської гідності, а разом з тим і моральності, і щастя»*.

#### **Види трудової терапії:**

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

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

Успішне відновлення і збереження працездатності є похідним багатьох чинників:

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

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

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

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

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

Професійна реабілітація повинна починатися якомога раніше (вже на етапі

медичної реабілітації) і проводиться паралельно з медичними, психологічними і іншими реабілітаційними заходами.

**Задачі медико-професійної реабілітації:**

1. Порівняльна оцінка професійно значущих і дефектних функцій
2. Проведення експертизи профпридатності, а за відсутності професії – профорієнтація.
3. Проведення роботи по професійній інформованості.
4. У профпридатних – підбір нових професій.
5. Тренування професійно значущих функцій пацієнтів за допомогою різних фізичних засобів, у тому числі – з використанням цілеспрямованої трудової терапії або стендових моделей трудових процесів.

**Програма професійної реабілітації** включає наступні заходи і послуги:

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

За Смичком В.Б. (2009) **реабілітаційний прогноз** – планований результат реабілітації, коли визначається прогнозований рівень усунення обмежень здатності до професійної праці. Вони бувають наступні:

1. Повне усунення обмежень до трудової діяльності або збереження обмежень до рівня "незначних".
2. Усунення обмежень до трудової діяльності до рівня "помірних".
3. Усунення обмеження здатності до трудової діяльності до рівня "виражених".

Індивідуальний підхід при виборі професій для інваліда диктується головним чином специфікою захворювання й медичних протипоказань, обумовленими обмеженнями життєдіяльності.

При формуванні програми професійної реабілітації необхідно визначити виконавця (найменування установи системи освіти, соціального захисту, зайнятості, спеціалізовані підприємства й ін.); форму реабілітації (для навчання – індивідуальна програма, надомне навчання, навчання на робочому місці, курсове навчання, навчання в навчальних закладах загальної мережі або спеціалізованих, заочне навчання й ін.); строки виконання (дати початку й закінчення реабілітаційного заходу); обсяг (зміст і кількість реабілітаційних заходів).

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

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

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

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

#### ***Вимоги по підбору професій:***

- 1) професія повинна бути нешкідливою і безпечною для інваліда, не усугубляти тяжкість його загального стану інваліда;
- 2) сприяти найбільшим проявам здібностей інваліда;
- 3) забезпечити інваліду максимальне задоволення;
- 4) дотримувати принцип відповідності фізичної працездатності інваліда рівню енерговитрат при даній професійній діяльності.

#### ***Аспекти професійного підбору:***

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

#### ***Варіанти професійної реабілітації:***

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

Професійна реабілітація завершується *раціональним працевлаштуванням інвалідів*.

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

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

**2. *Другий етап*** — формування трудових рекомендацій. При визначенні показань до раціонального працевлаштування необхідно дотримуватися головного принципу — відповідність клінічного статусу і функціональних можливостей інваліда вимогам, що пред'являються до нього характером і умовами праці.

Провідними *критеріями* є тяжкість, особливість перебігу і прогноз захворювання. При цьому необхідно враховувати також і *соціальні чинники*: рівень освіти, професійні знання і навички, трудову установку, особові особливості хворого, можливість отримання нової кваліфікації або професії шляхом навчання і перенавчання.

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

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

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

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

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

- робота з *незначним* або *помірним* фізичним, динамічним і статичним навантаженням, в окремих випадках з *вираженим фізичним* навантаженням;
- робота переважно у вільній позі, сидячи, з можливістю зміни положення тіла; в окремих випадках — стоячи або з можливістю ходьби;
- робоче місце, що відповідає ергономічним вимогам;
- робота, переважно не пов'язана із значними переміщеннями (ходьбою);
- робота переважно в одну денну зміну;
- робота; що характеризується *незначним, помірним*, в окремих випадках — *вираженим інтелектуальним, сенсорно-емоційним навантаженням*, без ризику для життя і відповідальності за безпеку інших людей;
- робота без вираженої монотонності навантажень.

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

До них відносяться:

- *шкідливі і небезпечні* умови праці, в окремих випадках допускається використання праці інвалідів в умовах вираженого фізичного, інтелектуального або сенсорно-емоційного навантаження;
- дія підвищених рівнів шуму, вібрації, електромагнітних полів, несприятливого мікроклімату і інших небезпечних і шкідливих фізичних чинників, токсичних речовин;
- значні постійні фізичні динамічні і статичні навантаження при підйомі, переміщенні і утриманні вантажів; в окремих випадках допускається значне фізичне динамічне і статичне навантаження;
- робота переважно у вимушених позах, стоячи, без зміни робочого положення тіла, тривала ходьба;
- регламентований (заданий) темп роботи;
- виражена монотонність праці;
- значно виражені інтелектуальні і емоційні навантаження, в окремих випадках допускається значно виражене нервово-психічне навантаження;
- робота в екстремальних умовах; на висоті, з підвищеним ризиком для життя.

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

- 1) зазначення протипоказаних умов праці, неможливість продовження роботи в основній професії;
- 2) зазначення доступних умов і характеру праці, режиму обмеження праці;
- 3) перелік показаних видів праці і професій.

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

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

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

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

Обтяження груп інвалідності при повторних оглядах в більшості випадків обумовлене супутньою загальною (віковою) патологією із стійким вираженим розладом функцій організму і у меншій мірі — обтяженням професійної патології:

збільшенням частоти загострень захворювань, вираженістю функціональних розладів, виявленням ускладнень.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- створення умов для отримання найвищої можливої професійної кваліфікації;

- працевлаштування (професійну освіту, професійні підготовку, перепідготовку, перекваліфікацію), при якому інвалідність якнайменше заважатиме виконанню професійних обов'язків;

- пристосування робочого місця (місця навчання) з урахуванням безпеки та особливих потреб інваліда;

- використання спеціальних пристосувань та/або одягу, необхідного у зв'язку з характером інвалідності.

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

## Розділ 7

# СОЦІАЛЬНА ТА ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

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

### СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

#### Визначення термінів

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

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

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

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

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

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

**Соціальна реабілітація передбачає:**

- соціально-середовищну;
- соціально-побутову адаптацію;
- соціально-педагогічну реабілітацію;
- соціально-психологічну;
- соціокультурну реабілітацію;

- консультацію психолога.

Під соціально-побутовою адаптацією розуміється система й процес визначення оптимальних режимів суспільної й сімейно-побутової діяльності інвалідів у конкретних соціально-середовищних умовах і пристосування до них інвалідів. При цьому ще до складання програми соціальної реабілітації необхідно здійснити проведення соціальної діагностики виду й ступеня соціальної недостатності інваліда, визначення його соціального статусу. Це дає можливість визначити необхідність конкретних реабілітаційних заходів індивідуально для кожного інваліда в усіх напрямках соціальної реабілітації: соціально-середовищних, орієнтації, соціально-побутової адаптації, соціально-психологічній реабілітації, соціально-педагогічній й соціально-культурній реабілітації.

Тому перш, ніж призначати конкретні реабілітаційні заходи, необхідно здійснити ретельне всебічне соціальне обстеження й провести експертну оцінку характеру й ступеня вираженості наявної в інваліда соціальної недостатності [20]. При цьому (В.Б.Смычек, 2009) соціальна реабілітація досягається через:

1) соціальну адаптацію – процес освоєння відносно стабільних умов середовища, вирішення типових проблем, що повторюються, шляхом використання прийнятих методів соціальної поведінки, дії;

2) соціально-побутову адаптацію – систему й процес визначення оптимальних режимів суспільної й сімейно-побутової діяльності людини в конкретних соціально-середовищних умовах і пристосування до них індивіда;

3) соціально-середовищну орієнтацію – процес визначення структури найбільш розвинутої соціально-побутової й професійної функції індивіда з метою наступного підбору на цій основі суспільної й сімейно-суспільної діяльності, а також при необхідності адаптації соціального середовища до його психофізіологічних можливостей;

4) соціально-психологічну адаптацію – процес відновлення (формування) здатності індивіда ефективно взаємодіяти з оточуючими його людьми в системі міжособистісних відносин, включаючи рівень комунікабельності або товариськості, тобто здатності та спонтанної комунікативної активності, а також володіння навичками спілкування, стійкі типи реакцій при соціально-психологічній взаємодії (характеризується по рольових і інших функціях, виконуваних індивідом у малих й/або великих групах);

5) соціальні послуги, що включають медичну допомогу, виховання й освіту, працевлаштування, медико-соціальний догляд, соціально-побутове обслуговування вдома, у спеціальних центрах і стаціонарних установах, психологічну, психіатричну, наркологічну підтримку й ін.

Е. Н. Дьоміна й співавт. у методичних рекомендаціях "Основи соціальної реабілітації пожилых граждан и инвалидов" (2005) приводять наступну бальну оцінку ступеня важкості соціальної недостатності:

### **Бальна оцінка ступеня важкості соціальної недостатності**

#### **Оцінка обмеження фізичної незалежності в балах**

4 бали – виконання завдань не порушено;

3 бали – виконання завдань можливо лише при більш тривалій витраті часу, добротності виконання й скорочення обсягу, або виконання завдань можливе частково з допомогою допоміжних засобів;

2 бали – виконання завдань можливе тільки при наявності допоміжних засобів та (або) при частковому сприянні інших осіб;

1 бал – нездатність до виконання побутових завдань і повна залежність від інших осіб.

#### Оцінка мобільності в балах

4 бали – мобільність не обмежена;

3 бали – мобільність забезпечується більш тривалою затратою часу і скороченням віддалі;

2 бали – мобільність можлива з допомогою допоміжних засобів або мобільність можлива при використанні допоміжних засобів і часткової допомоги інших осіб в межах житла;

1 бал – мобільність неможлива.

#### Оцінка обмежень звичайної діяльності в балах

4 бали – порушень немає;

3 бали – труднощі при виконанні звичайної діяльності, виконання діяльності потребує більш тривалої затрати часу;

2 бали – виконання звичайної діяльності можливе при використанні допоміжних засобів і часткової допомоги інших осіб;

1 бал – неможливе виконання звичайної діяльності.

#### Оцінка обмежень здатності до навчання

4 бали – обмежень навчання немає;

3 бали – труднощі при навчанні, навчання вимагає більш тривалої затрати часу;

2 бали – навчання можливе тільки по спеціальній, полегшеній програмі;

1 бал – навчання неможливе.

#### Оцінка обмежень професійної діяльності

4 бали – обмежень немає;

3 бали – робота в спеціально створених умовах;

2 бали – робота вдома або поблизу від місця проживання, у полегшених умовах;

1 бал – робота неможлива.

#### Оцінка обмежень економічної самостійності в балах

4 бали – економічна незалежність;

3 бали – економічна залежність від родичів, родини;

2 бали – значна економічна залежність або від родичів, родини, або від органів соціального забезпечення;

1 бал – повна економічна залежність.

#### Оцінка обмеження здатності до інтеграції в суспільство в балах

4 бали – включення в усі аспекти життя суспільства;

3 бали – включення в суспільство людей зі спільними інтересами;

2 бали – одиничні контакти;

1 бал – повна ізоляція від суспільства.

Після визначення виду й ступеня соціальної недостатності інваліда роблять визначення індивідуальних характеристик. Індивідуальні критерії й показники соціального статусу інваліда: це стать, вік, соціальний стан інваліда, склад родини, соціальний "клімат" родини, грошовий дохід на одного члена родини, характеристика житлових умов, наявність комунальних зручностей, соціальні контакти інваліда.

У програму соціальної реабілітації повинен включатися перелік заходів, що передбачає:

- інформування й консультування з питань соціально-побутової реабілітації інвалідів;
- навчання інваліда самообслуговуванню, включаючи навички персонального догляду (можливість дотримання особистої гігієни, користування одягом, прийому їжі, здійснювати контрольовану екскрецію, організації сну й відпочинку в ліжку);
- інформування й навчання користуванню технічними засобами реабілітації для самообслуговування;
- навчання техніці й методичним прийомам самообслуговування інваліда;
- адаптаційне навчання родини інваліда, що повинне забезпечувати їх інформування, консультування й навчання по різних питаннях: характер перебігу захворювання інваліда, обмеження життєдіяльності, що виникають, пов'язані з ними соціально-психологічні, фізіологічні й економічні проблеми; види й форми соціально-побутової допомоги інвалідові; види технічних засобів реабілітації й особливості їхньої експлуатації; види реабілітаційних установ, їхнє місце розташування й спектр надаваних ними послуг і т.д.;
- навчання інваліда користуванню технічними засобами реабілітації, що забезпечує відповідність ергономічних вимог фізичним і психофізичним потребам інваліда;
- організацію життя інваліда в побуті з архітектурно-планувальним рішенням проблеми адаптації житлового приміщення до потреб інваліда, оснащенням технічними засобами реабілітації, переплануванням житлових приміщень;
- забезпечення інваліда технічними засобами реабілітації з підбором технічних засобів відповідно до медико-соціальних показань, доставкою технічного засобу, його сервісним обслуговуванням;
- заходи щодо соціально-середовищної орієнтації (психотерапія, психологічне консультування, навчання соціальним навичкам, навчання соціальному спілкуванню, надання допомоги в рішенні особистих проблем, консультування по правових питаннях);
- інші заходи соціальної реабілітації, показані інвалідові.

**Соціальний аспект реабілітації** — це частина єдиного цілого, яким є комплексний процес реабілітації, і його слід, звичайно, розглядати у взаємодії з іншими аспектами реабілітації. Медична, професійна і технічна реабілітація, разом узяті, забезпечують соціальну реабілітацію хворого (інваліда), відновлення

його нормальних відносин в суспільстві, в першу чергу у сфері праці. В результаті долається пов'язане з інвалідністю відчуття соціальної неповноцінності, усувається зосередження інваліда всієї уваги на своєму каліцтві або хворобі, він знаходить віру у власні сили.

**Соціальні чинники включають:**

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

**Задачі соціальної реабілітації:**

- вивчення механізмів впливу соціальних чинників на хворобу (травму), її виникнення та подальший розвиток, що дає можливість усунути причини, які заважають ефективному відновленню особи в суспільстві;
- вивчення впливу соціальних чинників на ефективність лікувальних і реабілітаційних заходів, застосування дії *позитивних* чинників для успішного відновлення особи, як соціальної категорії, шляхом організації відповідного способу життя, усунення дії *негативних* соціальних чинників, що заважають успішній реабілітації;
  - дослідження соціального забезпечення інвалідів;
  - моніторинг наявності вільних трудових місць;
  - вивчення питань трудового і пенсійного законодавства;
  - вивчення взаємостосунків хворого (інваліда) і суспільства, сприяння відновленню або посиленню соціальних зв'язків.

У вирішенні задач соціальної реабілітації особливо велику роль відіграє держава.

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

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

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

Соціальну реабілітацію інвалідів *проводять*:

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

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

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

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

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

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

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

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

## ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

### Визначення термінів

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Медико-соціальні експертні комісії (лікарсько-консультативні комісії лікувально-профілактичних закладів – щодо дітей-інвалідів) або реабілітаційні установи проводять психологічну діагностику особистості інваліда, дитини-інваліда, визначають в індивідуальній програмі реабілітації інваліда методи, засоби, строки і процедуру їх психологічної реабілітації (консультування, корекції, профілактики, професійної освіти), організують психопрофілактичну та психокорекційну роботу з сім'єю інваліда, дитини-інваліда.

При здійсненні психологічної реабілітації інвалідів, дітей-інвалідів з відхиленнями в психічній сфері навчають прийомам, методам саморегуляції, самовиховання, самонавчання з метою зниження в реальних умовах

життєдіяльності негативних психічних станів, формування позитивних мотивацій, соціальних установок на життя та професію.

### ***Задачі психологічної реабілітації:***

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

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

### ***Основні методи психічної реабілітації:***

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

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

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

***Працетерапія*** може бути:

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

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

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

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

На психологічну службу покладаються **функції** щодо:

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

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

## Розділ 8

# ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

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

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

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

Фізична реабілітація включає всі питання, що відносяться до вживання фізичних чинників у відновному лікуванні хворих. Сюди належать: *лікувальна гімнастика* та інші елементи *лікувальної фізкультури*, *інтенсивні тренування*, *санаторно-курортне лікування*. Основне призначення використання фізичних чинників — всебічне підвищення фізичної працездатності хворих, інвалідів, лімітованої по хворобі або інвалідності. На відміну від медикаментозних засобів використання фізичних чинників надає більш широку дію на центральну нервову і серцево-судинну системи, обмін речовин і газообмін в легенях.

### **МЕХАНІЗМИ ПОЗИТИВНОЇ ДІЇ ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ**

- сприятливий вплив на регуляторні системи, що забезпечує адаптаційні процеси і одужання;
- нормалізація порушених функцій різних органів;
- становлення, поліпшення діяльності компенсаторно-приспосовних механізмів;
- тренування м'язів, у тому числі серцевого;
- нормалізація обміну речовин;

- поліпшення травлення, нормалізуючий вплив на жовчовиділення і функцію кишечника;
- зміцнення захисної функції імунної системи організму;
- психологічний ефект, благотворний вплив на емоційну сферу людини;
- поліпшення перебігу хвороби, скорочення термінів лікування.

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

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

Більш раннє і широке вживання фізичних чинників при комплексній реабілітації хворих, наприклад, за наявності інфаркту міокарду, покращує перебіг хвороби, попереджає розвиток ряду ускладнень, скорочує терміни стаціонарного лікування і тимчасової непрацездатності і попереджає розвиток інвалідності у більшості хворих [29].

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

### ***Деякі методологічні аспекти використання фізичних навантажень***

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

б) *Фізичну реабілітацію слід починати якомога раніше.* Кажучи про стратегію фізичного виховання і розвитку людини, слід пам'ятати про необхідність спадкоємності здійснюваних заходів впродовж всіх періодів індивідуального життя людини. Вирішувати проблему фізичного виховання і

фізичного розвитку населення необхідно з дошкільного віку, а потім в школах, училищах, інститутах, на підприємствах і т.д.

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

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

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

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

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

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

## Розділ 9

# ЧИМ ВІДРІЗНЯЄТЬСЯ РЕАБІЛІТАЦІЯ ВІД ЛІКУВАННЯ?

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

Реабілітація – наука про фундаментальні і прикладні аспекти реабілітації (медична, медико-професійна, професійна і соціальна). В основі її методології лежить вчення про саногенез, про механізми і закономірності процесів пошкодження і відновлення, про реакції термінової і тривалої компенсації на всіх інтегрованих рівнях організації, включаючи міжособистісний і соціальний, В.Б.Смичек (2009). Використання встановлених біологічних закономірностей відновлення порушених функцій дозволяє обґрунтувати конкретні терміни і частоту проведення реабілітаційних міроприємств, види, обсяги і інтенсивність методик і процедур, фактори успішності і неефективності медичної реабілітації. Завдячуючи цьому можна досягти відчутного медичного, соціального і економічного ефекту. Рання і повноцінна реабілітація при гострих і інвалідизуючих захворюваннях (при умові збереження функціональних резервів для відновлення порушених функцій) дає можливість оптимізувати терміни тимчасової непрацездатності, попередити виникнення інвалідності або зменшити її тяжкість. Своєчасний початок і методичне проведення реабілітації у хворих з хронічними інвалідизуючими захворюваннями відтерміновує настання інвалідності, або попереджає її виникнення, а також скорочує тривалість тимчасової непрацездатності. В випадках коли медична реабілітація недостатньо ефективна і настає інвалідність, проведення професійної і соціальної реабілітації дозволяє покращити якість життя інваліда, підвищити ступінь його соціальної адаптації (засоби компенсації дефекту, технічні засоби компенсації дефекту, технічні засоби, протезування, ортезування, профконсультування, профвідбір, профорієнтація).

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

До розгорнутого переліку цих питань (В.Б.Смичек, 2009) відносяться:

- питання етіології, патогенезу, епідеміології і профілактики інвалідизуючих захворювань (гострі і хронічні форми патології,

- вроджені дефекти, що призводять до стійких і виражених порушень чи втрати функції, до обмеження життєдіяльності;
- аспекти діагностики і кількісної оцінки функціональних можливостей окремих систем і цілісного організму фізичного розвитку, фізичної працездатності, діагностичні і прогностичні критерії оцінки тяжкості транзиторних і стійких морфофункціональних порушень, що призводять до обмеження життєдіяльності і соціальної недостатності;
  - механізми саногенезу, або відновлення і компенсації порушених функцій, збереження і реалізації функціональних резервів, особливості компенсації порушених функцій і адаптації до умов навколишнього середовища у хворих і інвалідів з різним ступенем вираженості обмежень життєдіяльності при різних формах патології;
  - нейрофізіологічні і психологічні механізми, що лежать в основі патогенетичних і саногенетичних реакцій при інвалідизуючих захворюваннях;
  - психологічні аспекти відновного лікування хворих і інвалідів, зокрема питання взаємозв'язку психічних і соматичних процесів при виникненні і розвитку інвалідизуючих захворювань в період адаптації інвалідів до факторів навколишнього середовища, включаючи соціальне оточення;
  - питання психодіагностики при інвалідизуючих формах патології, особливості формування адекватних особистісних установок процесі реабілітації, вплив мотиваційних установок на процеси саногенезу;
  - розробка науково обґрунтованих і ефективних методів психологічної корекції і психотерапії, виховання, навчання, професійного консультування і професійного відбору людей, що мають психологічні і психічні порушення і потребу в реабілітаційних міроприємствах;
  - питання реабілітації (реабілітації) в педіатрії (хворі діти і діти-інваліди, діти з особливостями психофізіологічного розвитку, вивчення особливостей і закономірностей саногенетичних механізмів в дитячому віці);
  - профілактика вроджених вад розвитку і генетичних захворювань, що призводять до інвалідизації, медико-біологічні і соціальні аспекти профілактики травматизму і інвалідності;
  - розробка фізіологічних і психофізіологічних аспектів профорієнтації осіб з особливостями психофізіологічного розвитку;
  - розробка і обґрунтування фізіологічних і психофізіологічних методів активного і цілеспрямованого формування профпридатності інвалідів і багато інших питань, коли аспекти лікування і реабілітації переплітаються.

Спільним в реабілітації і лікуванні є особистість хворого. Однак слід враховувати, що концепції лікування і медичної реабілітації мають тільки їм притаманні особливості, які дозволяють розмежувати ці два поняття: лікування і реабілітація.

Таблиця 2. Відмінності між лікуванням та реабілітацією

<b>Лікування</b>	<b>Реабілітація</b>
Спрямоване на боротьбу з хворобою, етіотропні фактори, усунення причини і суті хвороби	Спрямована на мобілізацію захисних механізмів організму
Спрямоване на ліквідацію чи зменшення клінічних проявів хвороби, попередження її прогресування	Спрямована не усунення наслідків хвороб – відновлення фізичного і психічного статусу до соціально значимого рівня, досягнення максимально можливої соціальної і економічної незалежності
Направлене на організм сьогодні, в даний час	Направлена на особистість і на майбутнє
На стаціонарному, амбулаторному і санаторно-курортному етапі направлене безпосередньо на лікування причини захворювання чи пошкодження	На стаціонарному етапі – відновлення функцій організму до рівня, коли особа може себе обслужити, пересуватися, бути готовим до продовження програми медичної реабілітації; на поліклінічному етапі – профілактика прогресування захворювання, відновлення зайнятості; на санаторному етапі – відновлення втрачених функцій організму, фізичного і психічного статусу
Направлене на конкретну ліквідацію чи компенсацію захворювання, що не завжди дає можливість повернутись до праці, бути економічно незалежним членом суспільства	Постійно проводиться визначення реабілітаційного потенціалу і прогнозу
Будується на нозологічному і синдромологічному діагнозі і опирається на ознаки етіопатогенезу і локалізації (МКХ-10)	Будується на функціональному діагнозі. Опірається на біопсихо-соціальну модель наслідків хвороби, яка визначає здоров'я і хворобу як результат взаємодії фізіологічних і соціальних процесів, що викликають ознаки порушення функцій, пошкодження структур, обмеження активності, участі і впливу факторів навколишнього середовища в відповідності з Міжнародною класифікацією функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я
Може проводитися і без участі хворого і являється в певній мірі пасивним методом	Вимагає активної участі хворого. Основний постулат – «реабілітація особистості», що передбачає відсутність розмежувань між медичною, професійною і соціальною реабілітацією. Беруться до уваги всі аспекти фізичного, психічного і соціального існування хворого.

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

## **Розділ 10**

# **ДЕРЖАВНА ТИПОВА ТА ІНДИВІДУАЛЬНА ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ**

### ***ДЕРЖАВНА ТИПОВА ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ***

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

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

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

### ***ІНДИВІДУАЛЬНА ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДА***

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

*Індивідуальна програма реабілітації* – це комплекс оптимальних видів, форм, обсягів, термінів реабілітаційних заходів з визначенням порядку і місця їх проведення, спрямованих на відновлення та компенсацію порушених або втрачених функцій організму і здібностей конкретної особи до виконання видів діяльності, визначених у рекомендаціях медико-соціальної експертної комісії.

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

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

При складанні *ІПР* слід керуватися наступними *методичними підходами*: [51]:

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

Розробка *ІПР* складається з наступних *етапів*:

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

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

Визначення конкретних обсягів, методів і термінів проведення реабілітаційних заходів, що повинні бути здійснені щодо інваліда, дитини-інваліда, кошторис витрат за рахунок бюджетних коштів чи

загальнообов'язкового державного соціального страхування, а також контроль за виконанням індивідуальної програми реабілітації інваліда в межах своїх повноважень здійснюють медико-соціальні експертні комісії (лікарсько-консультаційні комісії лікувально-профілактичних закладів – щодо дітей-інвалідів), органи праці та соціального захисту населення, служби зайнятості, реабілітаційні установи, розпорядники відповідних коштів.

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

*ППР* інваліда є документом, обов'язковим для виконання відповідними органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, а також реабілітаційними установами, підприємствами, установами, організаціями, в яких працює або перебуває інвалід, дитина-інвалід, незалежно від їх відомчої підпорядкованості, типу і форми власності.

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

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

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

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

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

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

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

*Підсумковий висновок про результат реалізації ІПР* проводиться на підставі оцінки:

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

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

3) *динаміки інвалідності:*

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

4) *ступені відповідності досягнутих результатів реабілітаційному потенціалу інваліда:*

➤ *реабілітаційний потенціал реалізований повністю (висока ефективність від реалізації реабілітаційних заходів);*

➤ *реабілітаційний потенціал реалізований частково (задовільна ефективність від реалізації реабілітаційних заходів);*

➤ *реабілітаційний потенціал не реалізований (відсутність ефективності від реалізації реабілітаційних заходів).*

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

## Розділ 11

# КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

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

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

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

На сьогоднішній день існує значна кількість методів математичного прогнозування ефективності лікування. Серед них можна виділити *метод табличного прогнозування* (Губер Е.В., 1930), який дає можливість оцінити *реабілітаційний потенціал* хворого на основі виявлення у нього сукупності найбільш важливих клінічних ознак.

Прикладом принципово нового підходу до об'єктивізації результатів відновного лікування, що базується на спеціально створеній комп'ютерній програмі, є розроблений *алгоритм оптимізації санаторної реабілітації хворих, що перенесли інфаркт міокарду* (Торохтін О.М., 2003). Він здійснюється шляхом вивчення вихідного, поточного та кінцевого стану пацієнтів в процесі відновного лікування; динаміки найбільш інформативних для даної патології клініко-лабораторних та функціональних тестів під впливом реабілітаційних комплексів, що використовуються; відслідковування прогнозу подальшого перебігу захворювання.

Для вирішення питань об'єктивізації ефективності медичної реабілітації потрібний системний підхід до оцінки динаміки стану пацієнта, який потребує від лікаря вивчення не менш ніж 6-10 найбільш ефективних оцінкових критеріїв-показників. На основі аналізу "швидкості" їх змін в процесі застосування тих або інших відновних методик, створені математично-графічна модель і відповідна комп'ютерна програма оцінки стану пацієнта в процесі реабілітації.

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

Використання такого алгоритму дає можливість оцінити *ефективність санаторної реабілітації*

В сучасних економічних умовах, в обстановці конкуренції на ринку надання медичних послуг із створенням подібних стандартів з'явиться можливість об'єктивного порівняння ефективності реабілітації в різних реабілітаційних

закладах і контролю за ступенем відповідності тих чи інших реабілітаційних закладів прийнятим стандартам в реабілітології.

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

*Методика визначення потреби хворих в реабілітації* містить декілька етапів:

1. Визначення пріоритетних в плані реабілітації *нозологічних форм* захворювання.

2. Визначення конкретних *показів і протипоказів до відновного лікування* в умовах реабілітаційного центру для кожної з виділених нозологічних форм.

3. Визначення необхідної для проведення дослідження *медичної документації* та об'ємів виборок, що забезпечують репрезентативність результатів.

4. *Збір та обробка даних.*

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

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

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

*Медико-соціальна значущість тієї чи іншої нозологічної форми* визначається за наступною формулою (Белова А.Н., Григорьева В.Н., 1997):

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

**C** – медико-соціальна значущість;

**Z** – доля даної нозологічної форми в структурі захворюваності;

**I** – доля даної нозологічної форми в структурі інвалідності;

**TH** – середня тривалість тимчасової непрацездатності одного випадку захворювання.

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

Таблиця 3. Бальна оцінка показників захворюваності та втрати працездатності

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

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

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

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

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

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

*Ефективність реабілітації* доцільно оцінювати, аналізуючи в динаміці:

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

В якості інструментів вимірювань *структурно-функціонального дефекту*, або *пошкодження*, використовують бальні оцінки тих чи інших симптомів та інструментальні діагностичні методи, що відповідають характеру патології: *електроміографію, реографію, методи нейровізуалізації, теплобачення* тощо. Оскільки характерною особливістю більшості інвалідів є ті чи інші рухові порушення, вельми перспективним є застосування біомеханічного обстеження, що дозволяє кількісно характеризувати стан моторики (м'язовий тонус, амплітуду та швидкість рухів в суглобах, ходу, координацію тощо).

**Оцінка ефективності медичної реабілітації може проводитись різними методами, але основними з них є наступні:**

I. По клінічних критеріях

1. одужання;
2. значене покращення – покращення на 2 ФК і більше;
3. покращення – покращення на 1 ФК;
4. незначне покращення – покращення всередині ФК;
5. погіршення – збільшення тяжкості ФК.

II. По шкалах, тестах і опитувальниках

Для об'єктивізації ступеню *психологічної дезадаптації* і *порушень життєдіяльності* застосовуються різноманітні опитувальники та шкали, багато з яких розраховані на хворих із різними захворюваннями. В них акцент робиться не на кількісні показники повсякденної активності хворого, а на його задоволеність основними сферами життя. При цьому реабілітаційна допомога повинна орієнтуватися не на короткотермінові критерії, а на довготермінові результати.

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

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

Оскільки при оцінці *порушень життєдіяльності* або *якості життя* зазвичай вимірюються не фізичні параметри, а якісні показники і дані, отримані при звіті хворих або персоналу (тобто *суб'єктивні дані*), тому до подібних інструментів вимірювань пред'являються вимоги, що відповідають вимогам до психологічних (суб'єктивних) тестів. При адаптації існуючих або при створенні власних опитувальників необхідно знати ці вимоги. До числа основних з них належать *надійність* і *валідність* тесту або вимірювання. Опитувальники, що стосуються оцінки життєдіяльності, а також вимоги до цих опитувальників, можна знайти в ряді посібників (Wade T., 1992).

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

**Показник якості життя інвалідів** можна визначити за формулою:

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

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

де:

**ЯЖ** – якість життя

**А** – показник соціальної адаптованості

**К** – показник компенсації порушених функцій

**Т** – вік пацієнта (в місяцях)

**ГП** – глибина патології

**ДТ** – давність травми або захворювання (в місяцях)

### III. По соціальних критеріях

#### 1. Показники тимчасової непрацездатності:

1. середня тривалість одного випадку тимчасової непрацездатності;
2. відповідність тимчасової непрацездатності оптимальним термінам;
3. кількість випадків і тривалість тимчасової непрацездатності за останні 12 місяців при хронічних захворюваннях за 1 рік до реабілітації і 1 рік в період реабілітації;

#### 2. Показники інвалідності:

1. показники повної реабілітації інвалідів;

$\frac{\text{кількість осіб, яким при переосвідченні знята група інвалідності} \times 100}{\text{кількість інвалідів, що з'явилися на переосвідчення}}$

2. показник часткової реабілітації інвалідів;

$\frac{\text{кількість інвалідів I і II груп, яким знижена група інвалідності} \times 100}{\text{кількість інвалідів I і II груп, що з'явилися на переосвідчення}}$

3. показник обважчення інвалідності

$\frac{\text{кількість інвалідів II і III груп, в яких зменшилась тяжкість інвалідності} \times 100}{\text{кількість інвалідів II і III груп, що з'явилися на переосвідчення}}$

### IV. По показниках стану працездатності

1. число осіб, у яких працездатність відновлена повністю;
2. число осіб, що мають потребу в тимчасовому працевлаштуванні;
3. число осіб, що мають потребу в професійному перенавчанні.

### V. По економічних критеріях

Визначення критеріїв ефективності від проведеного лікування і реабілітації

- число загострень захворювання у осіб, що лікуються амбулаторно;
- число загострень захворювання у осіб, що лікуються стаціонарно;
- скорочення числа днів тимчасової непрацездатності на протязі року і після реабілітації;
- економічний ефект можна обрахувати, використовуючи формулу:

$E = \text{НД1 працівника} * : (\text{п.б.} + \text{п інв.}) * d \text{ інв.} * K$ , де:

**E** – економічний ефект,

**НД1** працівника – національний дохід, принесений 1 працюючим за 1 рік,

п.б. – кількість хворих, в яких інвалідність не наступила,  
п інв. – кількість реабілітованих інвалідів,  
d інв. – різниця між часткою виходу на інвалідність в дослідженій групі до і після реабілітації,  
K – коефіцієнт, рівний 0,8.

#### VI. По критеріях кількісної оцінки організації і якості реабілітації

Для якісної і кількісної оцінки роботи по виконанню комплексу реабілітаційних міроприємств, передбачених індивідуальною програмою реабілітації, використовують наступні критерії:

1. Повне проведення всього комплексу реабілітаційних міроприємств
2. Неповне проведення комплексу реабілітаційних міроприємств
3. Неякісне виконання комплексу реабілітаційних міроприємств (виконаний неякісно по змісту, по методиці, часу їх проведення і ін.)

Алгоритм визначення ефективності реабілітації інвалідів на індивідуальному рівні може бути представлений таким чином:

1. Визначення клініко-функціонального, соціального і психологічного статусу інваліда перед початком реалізації ІПР.
2. Оцінка реабілітаційного потенціалу і реабілітаційного прогнозу інваліда.
3. Визначення конкретної кінцевої мети реабілітації в даному реабілітаційному підрозділі (очікуваний результат).
4. Визначення клініко-функціонального, соціального і психологічного статусу інваліда після завершення реабілітації.
5. Кількісна бальна оцінка ефективності реабілітації з визначенням показника ефективності.

Таким чином, оцінка ефективності медичної реабілітації може бути зведена до оцінки динаміки статусу конкретного інваліда під впливом реабілітаційних міроприємств і оцінки досягнення очікуваного результату реабілітації в клініко-функціональному і особистісному плані.

Для визначення результату медико-соціальної реабілітації доцільно використовувати приведені в таблиці 4 критерії (a1, a2 і a3) оцінки результатів медичної реабілітації, як найбільш значимі для кінцевого результату, що відображають рівень функціонального відновлення інваліда. Як видно з таблиці, указані критерії і показники ефективності медичного аспекту реабілітації оцінюються в якісному і кількісному вираженні. Кожен ранг якісної оцінки ознак, що складають клініко-функціональну характеристику інваліда, визначається кількісно в балах.

Таблиця 4. Критерії і показники оцінки результатів медичної реабілітації, що аналізуються на періоди початку і завершення реалізації реабілітації інваліда

Критерії	Показники	Оцінка показника в балах
1. Ступінь порушення функціональних систем організму, що призводить до обмеження життєдіяльності інваліда – (a1)	I ступінь – незначні порушення	4
	II ступінь – помірні порушення	3
	III ступінь – виражені порушення	2
	IV ступінь – значно виражені порушення	1
2. Рівень фізичної витривалості (толерантність до фізичних навантажень; аеробна працездатність, функціональний резерв – (a2)	Функціональний клас (Ф.К.) стану організму (зниження фізичної витривалості):	
	I Ф.К. – незначне зниження	4
	II Ф.К. – помірне зниження	3
	III Ф.К. – виражене зниження	2
	IV Ф.К. – значно виражене зниження	1
3. Ступінь порушення психологічного статусу (патопсихологічні, нейропсихологічні порушення, деформації системи особистісних відносин, адекватність профнапрямку, соціальна компетентність) – (a3)	I ступінь – незначні порушення	4
	II ступінь – помірні порушення	3
	III ступінь – виражені порушення	2
	IV ступінь – значно виражені порушення	1

Ефективність медичної реабілітації інваліда в значній мірі залежить від реабілітаційного прогнозу у конкретного інваліда.

В певній мірі реабілітаційний прогноз при оцінці ефективності медичної реабілітації буде співпадати з клінічним прогнозом – передбаченням наслідку хвороби на основі клінічного аналізу клініко-функціональних характеристик порушень здоров'я, що приводять до обмежень життєдіяльності, можливості лікування з урахуванням відомих науково-медичних даних про типові наслідки даного патологічного процесу.

В залежності від клініко-функціонального і психологічного статусу, фізичної працездатності, адаптивності до навантажень з нервово-психічним напруженням і наявністю факторів ризику, різних при тій чи іншій патології, реабілітаційний прогноз може бути сприятливим (чи відносно сприятливим), сумнівним і несприятливим.

Оцінка реабілітаційного прогнозу поряд з оцінкою клініко-функціонального статусу інваліда перед початком проведення реабілітації дозволяє визначити прогнозований кінцевий результат (табл. 5).

У інвалідів, що підлягають реабілітації

1 – з відносно сприятливим прогнозом метою медичної реабілітації буде часткове відновлення функції (покращення функціонального статусу, оцінюється 1 балом, стабілізація функціонального статусу – з оцінкою 0,5 бала. Відсутність ефекту від реабілітації чи погіршення статусу буде оцінюватись в 0 балів.

2 – з сумнівним реабілітаційним прогнозом метою реабілітації може бути стабілізація функціонального статусу, що буде розглядатись як ефективна реабілітація і оцінюватись в 1 бал. Негативний результат – 0 балів.

3 – з несприятливим прогнозом метою реабілітації буде підтримання життя інваліда в результаті лікування. Досягнутий ефект буде оцінюватись в 0,5 бала, погіршення стану в 0 балів. По суті реабілітаційні завдання в цієї категорії інвалідів відсутні.

Таблиця 5. Визначення характеру динаміки клініки-функціонального статусу внаслідок завдання медичної реабілітації інвалідів

Критерії оцінки ефективності медичної реабілітації	Показники вираженості критеріїв і їх оцінка в балах	Оцінка ефективності реабілітація				
		Оцінка в балах до початку реабілітації	Оцінка в балах по завершенню реабілітації	Ефективна Позитивна динаміка показників 1 бал	Сумнівна Відсутність динаміки показників 0,5 бала	Неефективна Негативна динаміка показників 0 балів
Ступінь порушень функціональних систем організму	I ступінь порушення – 4 бали II ступінь порушення – 3 бали III ступінь порушення – 2 бали IV ступінь порушення – 1 бал			Ступінь порушень зменшився в балах: 3/4; 2/3; 1/4; 1/3; 2/4	Ступінь порушень не змінився в балах: 3/3; 2/2	Ступінь порушень збільшився в балах: 2/1; 3/1; 3/2; 4/1; 4/2; 4/3
Рівень фізичної витривалості	I Ф.К. – 4 бали II Ф.К. – 3 бали III Ф.К. – 2 бали IV Ф.К. – 1 бал			Ф.К. стану зменшився в балах: 3/4; 2/3; 2/4; 1/2; 1/3; 1/4	Ф.К. стану не змінився в балах: 3/3; 2/2	Ф.К. стану збільшився в балах: 2/1; 3/1; 4/1; 4/3; 4/2; 3/2
Ступінь порушень психологічного статусу	I ступінь порушення – 4 бали II ступінь порушення – 3 бали III ступінь порушення – 2 бали IV ступінь порушення – 1 бал			Ступінь порушень психологічного статусу зменшився в балах: 3/4; 2/3; 2/4; 1/2; 1/3; 1/4	Ступінь порушень психологічного статусу не змінився в балах: 3/3; 2/2	Ступінь порушень психологічного статусу збільшився в балах: 2/1; 3/1; 4/1; 4/2; 4/3; 3/2

Інтегральним показником являється показник ефективності медичної реабілітації, який може бути розрахований виходячи з бальних оцінок динаміки кожного критерію ефективності медичної реабілітації інвалідів по формулі:

$$\text{Показник ефективності медичної реабілітації} = \frac{Да1 + Да2 + Да3 \dots Да4}{n}$$

(може коливатись від 1,0 до 0), де Да – значення динаміки критерію в балах: n – число критеріїв, що входять в блок. При цьому показник ефективності розцінюється = 1,0 – 0,7 – як ефективна реабілітація, показник ефективності = 0,6 – 0,5 – сумнівна ефективність реабілітації, а показник ефективності лише 0,5 – неефективна реабілітація.

Сприйняття наслідків хвороби самою особистістю може відрізнятись від того, як вони оцінюються сторонньою людиною. Все більше дослідників і практиків медичної реабілітації використовують в якості *інтегрального показника рівня адаптації хворого суб'єктивну оцінку хворим та інвалідом якості свого життя*.

Оцінка ефективності реабілітації потребує не тільки констатації наявності або відсутності позитивної динаміки в сферах морфо-функціонального дефекту, психологічного стану і життєдіяльності, але і співвіднесення цієї динаміки із обраними критеріями ефективності відновного лікування. При цьому слід враховувати, що між динамікою ступеню пошкодження і зміною соціально-побутової активності може і не бути прямого зв'язку: наприклад, встановлено, що в ході мовної терапії хворих з афазіями поліпшуються їх комунікативні можливості, хоча ступінь мовних порушень може і не змінюватися. Слід пам'ятати і про те, що на обрані в якості критеріїв ефективності реабілітації показники можуть впливати різні чинники, не пов'язані безпосередньо з терапевтичним впливом. Так, значні методологічні складності представляє диференціація між ефектом лікування і поліпшенням, що виникає в результаті природного зцілення. Вирішення цієї проблеми полягає у створенні контрольної групи, а також у варіюванні частоти і тривалості лікувальних курсів с подальшим співставленням результатів між групами. Велику роль відіграють психологічні і соціальні чинники: наприклад, при вертебро-неврологічних захворюваннях динаміка показників соціальних обмежень невеликою мірою залежить від зворотного розвитку больового синдрому, але значною мірою – від того, чи працює пацієнт, чи отримує він фінансову компенсацію в зв'язку із захворюванням тощо. На такий показник, як повернення до праці після курсу реабілітації, у багатьох інвалідів вирішальний вплив мають особистісні характеристики, вираженість мотивації, характер професії. Оцінка якості життя інвалідами часто залежить в першу чергу від повноти їх сім'ї і можливостей соціальних взаємодій, а не від обсягу і тривалості проведеного лікування.

*Таким чином, критерії ефективності реабілітації необхідно індивідуалізувати в залежності від тяжкості вихідних морфо-функціональних і медико-соціальних порушень: для одних хворих критерієм успішності реабілітації повинно бути повернення до праці, в той час як для інших хворих, з тією ж патологією, але більшою вираженістю дефекту – хоча б мінімальне*

розширення соціальних контактів. Тому для різних клініко-реабілітаційних груп розробляються свої стандарти якості реабілітації. Ці стандарти передбачають досягнення до кінці курсу відновного лікування певного рівня показників, що відображають медико-біологічний та психо-емоційний статус пацієнта.

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

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

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

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

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

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

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

**Ефективність реабілітації можна визначити за формулою Lassale B. (1985) [9]:**

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

де: **EP** – ефективність реабілітації

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Розділ 12

# СУЧАСНА МІЖНАРОДНА КОНЦЕПЦІЯ НАСЛІДКІВ ХВОРОБ І «СКЛАДОВИХ ЗДОРОВ'Я»

### Загальні положення

На сьогодні у зв'язку з неухильним прискоренням науково-технічного прогресу, зростанням індустріалізації і урбанізації, що супроводжуються забрудненням навколишнього середовища, збільшенням стресогенних навантажень на роботі і в побуті відбулося значне зростання важких хронічних неінфекційних захворювань, в першу чергу таких, як серцево-судинні, ревматичні, хронічні неспецифічні захворювання легенів, новоутворення і ін. З кожним роком зростає побутовий, транспортний, виробничий, спортивний травматизм. Наслідки цих захворювань і травм є причинами зниження (обмеження) життєвих і соціальних функцій, а усвідомлення факту, що природні біологічні системи тісно переплітаються, примушують розглядати людину як їх складову частину.

Так звана біопсихосоціальна модель хвороби [Engel, J.L., 1977] розглядає людину як частину матеріального світу і частину субсистем (сім'я, суспільство, культура) і в той же час як одну з численних субсистем, що складається також з субсистем, аж до молекулярного рівня.

З позицій цієї моделі усунути хворобу або який-небудь хворобливий синдром недостатньо, потрібно розглядати наслідки хвороби в цілому для того, щоб можна було розраховувати на оптимальне функціональне і соціальне відновлення [Юнусов Ф.А. и соавт., 2008; Смычек В.Б., 2008]. Тобто, виникла необхідність в створенні якоїсь схеми, яка стосувалася б наслідків хвороби, їх класифікувала, припускаючи можливість їх повного або часткового усунення або компенсації в майбутньому.

У 1972 р. ВООЗ сформулювала пропозиції, які базувалися на двох важливих принципах: на необхідності визначення відмінностей між порушеннями і їх значущістю, тобто їх функціональними і соціальними наслідками, а також роздільної класифікації цих різних аспектів, або осей даних, на різних полях числення. Були зроблені попередні спроби по систематизації термінології відповідно до наслідків захворювань. Відособлені класифікації порушень і соціальної недостатності продовжували розповсюджуватися і обговорюватися в 1974 р. Зіставлялися зауваження і вироблялися певні пропозиції. Вони були представлені на розгляд міжнародної конференції з дев'ятого перегляду міжнародної класифікації захворювань в жовтні 1975 р.

Розглянувши класифікацію, конференція рекомендувала її публікацію для пілотних випробувань. У травні 1976 р. 29-а Асамблея Всесвітньої Організації Охорони здоров'я звернула увагу на ці рекомендації і прийняла резолюцію WHA 29.35, в якій затвердила публікацію для пілотних випробувань додаткової класифікації порушень і частину міжнародної класифікації хвороб. Зрештою, в 1980 р. було опубліковано «Керівництво по класифікації наслідків хвороби» (9)

або Міжнародну класифікацію порушень, зниження працездатності і соціальної недостатності International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps (ICIDH) (МКН) Іншими словами був запропонований інструмент аналізу і вирішення проблем життєзабезпечення людей, пов'язаних із станом їх здоров'я [Аухадеев Э.И., Иксалов Х.В., 2007].

### **Міжнародна класифікація порушень, обмежень життєдіяльності і соціальної недостатності**

Згідно концепції наслідків хвороби (з позицій міжнародної номенклатури порушень, обмежень життєдіяльності і соціальної недостатності як керівництва по класифікації наслідків хвороб і причин інвалідності наслідки хвороби слід розглядати таким чином. Гостре захворювання може протікати з вираженою симптоматикою і завершитися як смертельним результатом, так і повним одужанням з абсолютним збереженням структур і функцій організму, людини що хворіла. Тобто, в результаті перенесеного гострого захворювання статус особи, основи життєдіяльності людини, система її цінностей і способів досягнення може не порушуватися [Аухадеев Э.И., Иксалов Х.В., 2007].

У інших випадках гостре захворювання залишає після себе наслідки, які порушують або обмежують життєдіяльність і соціальний статус людини.

Якщо у людини виникає хронічне захворювання, то в дебюті хвороба певний час може протікати латентно. Перші її наслідки матеріалізуються у вигляді морфологічних змін одного, рідше декількох органів, що приводять до порушення функції органу або систем. Тобто, виникають «порушення» або «дефект» як наслідки на органному рівні.

В результаті виниклих «порушень» як наслідок захворювання (або травми) може мінятися і стан організму в цілому, і здатність до життєдіяльності, що визначає розвиток людини як особистості. Індивідуум стає обмеженим в сферах діяльності, прив'язаним до певних засобів життєзабезпечення. В результаті відбувається розлад на рівні особистості.

Як правило, людина усвідомлює наявність хвороби і її прояви. Це усвідомлення, або поведінка інваліда, що змінилася, або обмеження його діяльності можуть поставити конкретну людину в невігідне положення по відношенню до оточення. Таким чином хвороба набуває соціального характеру. Цей прояв відображає соціальну недостатність (іншими словами – соціальну дезадаптацію), що витікає з порушення і обмеження життєвих функцій.

Соціальний рівень розвитку хвороби відображає реакцію суспільства на стан інваліда і виявляється у взаєминах інваліда з суспільством, які можуть включати і такий специфічний інструмент, як законодавство.

Все вищесказане може бути графічно представлене наступною схемою (рис. 4).

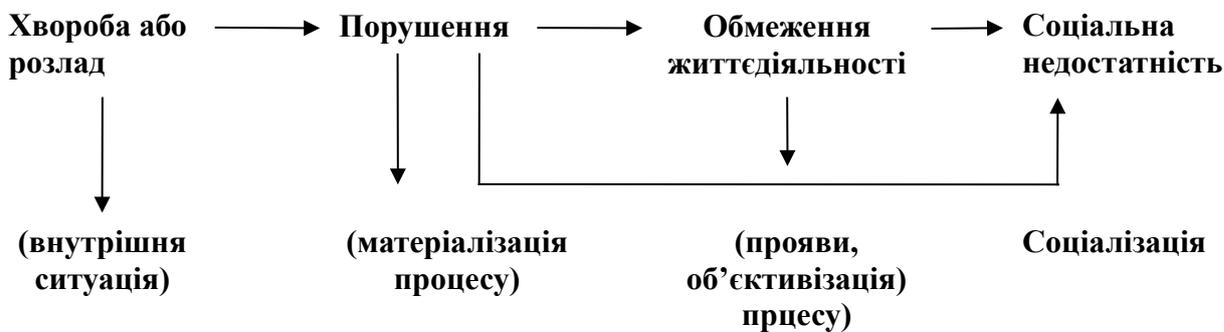


Рис. 4. Схема соціалізації хвороби по В.Б.Смичку, 2008

Хоча графічно схема представлена простою лінійною прогресією, в якій всі ланки зв'язані послідовно, насправді положення значно складніше. Ця послідовність у ряді випадків може бути неповною, або можливий її розрив на будь-якому етапі. Але велика цінність представлені концепції у такому вигляді полягає в тому, що вимальовується загальна послідовність елементів, що дозволяє вирішити багато проблем, впливаючи на один елемент і отримуючи ефект в інших елементах ланцюга.

Наслідки хвороб не повинні розглядатися тільки прямолінійно – зліва направо: від захворювань до порушень, обмежень життєдіяльності, соціальної недостатності. Може спостерігатися і зворотна картина, коли соціальне неблагополуччя веде до обмежень життєдіяльності і, як наслідок, до порушень функцій і захворювань.

Проте, у ряді випадків (наприклад, при гостро виниклих інвалідизуючих захворюваннях) у одного хворого виникають наслідки відразу на всіх трьох рівнях, що наочно демонструє рис. 5 (прив. по В.Б. Смичку, 2008).

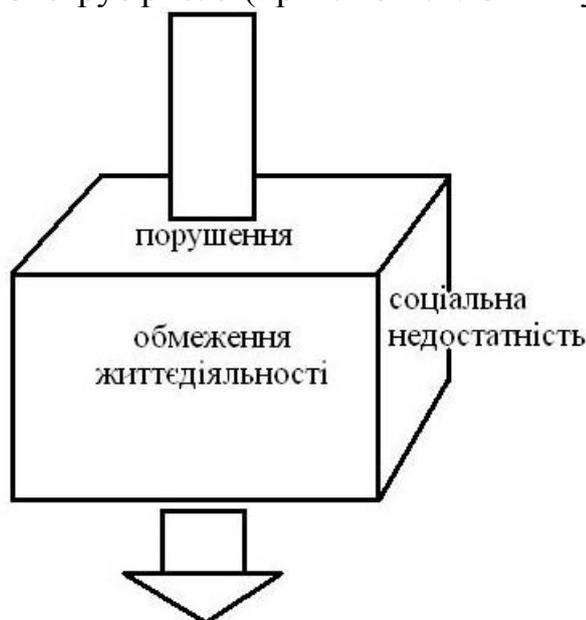


Рис. 5. Умовна схема взаємовідношення різних аспектів наслідків хвороб і травм по В.Б.Смичку, 2008

Кожна з трьох граней наслідків хвороби: порушення (матеріалізація патологічного процесу), обмеження життєдіяльності (прояв, об'єктивізація патологічного процесу) і соціальна недостатність або дезадаптація (соціалізація

порушення і обмеження життєдіяльності) вимагає більш детального розгляду.

Порушення – це будь-яка втрата або аномалія психологічної, фізіологічної або анатомічної структури або функції.

Порушення характеризується втратами або відхиленнями від норми, які можуть бути тимчасовими або постійними; у поняття порушення входить наявність або поява аномалії, дефект чи втрата кінцівки, органу, тканини або інших частин тіла, дефект у функціонуванні системи або механізму тіла, включаючи систему розумової діяльності. Необхідно підкреслити, що в поняття порушення входить характеристика цього стану на певний момент часу, асоціативні ж ознаки не приймаються до уваги. Таким чином, ідентифікація порушення і угруповання станів не завжди залежить від етіології, від того, як стан виник або розвивався, був він вродженим або набутим, наприклад, обумовлений його генетичною аномалією або являвся наслідком дорожньо-транспортної пригоди.

В принципі, порушення – це зовнішній прояв патологічного стану, що і є розладом на органному рівні.

У цьому визначенні необхідно підкреслити два аспекти. По-перше, відхилення від норми не обов'язково відчувається особою, що має відхилення. По-друге, використання терміну «порушення» не обов'язково указує, що хвороба має місце зараз або що індивіда слід рахувати хворим.

МКН припускає 9 наступних рубрик; що характеризують порушення:

1. Розумові і психічні порушення – включають порушення інтелекту, пам'яті і мислення (глибока розумова відсталість, інше порушення інтелекту і ін.).

2. Інші психологічні порушення – включають взаємодію основних функцій, складових психічного життя (кількісні порушення свідомості і безсоння, порушення емоцій, емоційної реакції, настрою або волі і ін.).

3. Мовні порушення – порушення способів комунікації (включаючи усну або письмову комунікацію), не обумовлене розумовим порушенням. Мовні порушення відносяться до розуміння і використання мови і її асоціативних функцій, включаючи процес навчання (важке порушення комунікації, порушення форми мови і т.д.).

4. Слухові (або слуховестибулярні) порушення (глибоке двостороннє порушення розвитку слуху і глибока двостороння втрата слуху, порушення функції мозочка і рівноваги і ін.).

5. Зорові порушення (глибоке порушення зору на одне око з низьким зором іншого і ін.).

6. Вісцеральні метаболічні порушення – включають порушення внутрішніх органів і інших спеціальних функцій (порушення кардіореспіраторної функції і кардіореспіраторні аномалії, порушення травної функції, порушення метаболічної і ферментної функції, порушення крові і імунної системи і ін.).

7. Локомоторні або рухові порушення (рухові порушення голови і тулуба, рухові порушення внаслідок повної або часткової відсутності однієї або більше кінцівок, порушення м'язової сили нижніх кінцівок і ін.).

8. Спотворюючі порушення – порушення, які можуть перешкодити або

якось розладнати взаємини індивіда з іншими людьми (спотворюючи порушення голови або тулуба, аномальні отвори травного тракту і ін.).

9. Загальні порушення (сенсорні) (порушення розмірів тіла, маси тіла, хронічний біль, генералізовані порушення різного походження).

Статистичні дослідження класу порушень дозволяють детально і точно визначити державну стратегію і тактику в плані медичного напрямку надання реабілітаційної допомоги населенню, що спрямовується на подальше запобігання або зменшення конкретних наслідків захворювань і травм.

Обмеження життєдіяльності – це будь-яке обмеження або відсутність (в результаті порушення) можливості здійснювати діяльність способом або в рамках, які вважають нормальними для людини даного віку.

Якщо порушення зачіпає функції окремих частин організму, то обмеження життєдіяльності відноситься до складних або інтегрованих видів діяльності, звичайних для індивіда або організму в цілому, таким як виконання завдань, володіння навиками, поведінка [Зозуля Т.В., Свистунов Е.Б., Чехихина 2005].

Це поняття характеризується непомірністю або недостатністю в зазвичай очікуваній поведінці або діяльності, що може бути тимчасовим або постійним, зворотним або необоротним, а також таким, що прогресує або регресує. Таким чином, обмеження життєдіяльності є об'єктивний прояв порушення одного органу в діяльності цілісного організму і в цій якості відображає розлад на рівні особи.

У МКН перераховано 7 основних здібностей – категорій (критеріїв) життєдіяльності:

1. Здатність до пересування – тобто, здатність ефективно пересуватися в своєму оточенні, забезпечуючи мобільність людини.

2. Здатність до самообслуговування – здатність обслуговувати себе, самостійно справлятися з основними потребами, забезпечувати ефективно існування в навколишньому середовищі без допомоги інших осіб – фізична незалежність.

3. Здатність до орієнтації – здатність людини самостійно орієнтуватися в своєму оточенні, сприймати і аналізувати його стан і відповідно реагувати на його зміни.

4. Здатність до спілкування – здатність людини встановлювати контакти з іншими людьми і підтримувати звичні суспільні взаємовідносини.

Комунікація – зв'язок, тобто здатність генерувати, поширювати, сприймати і розуміти повідомлення за допомогою засобів комунікації (мова, читання, письмо).

Соціальна інтеграція – складний багатоплановий процес встановлення і розвитку всіх форм контактів між людьми, об'єднаних потребою в спільній діяльності.

5. Контроль за своєю поведінкою (або здатність адекватно поводитися).

6. Здатність до навчання – здатність сприймати, засвоювати і накопичувати знання які передаються, формувати досвід, уміння і навички.

7. Здатність до праці.

Таким чином, під обмеженням життєдіяльності розуміється повна або часткова втрата особою здатності або можливості здійснювати самообслуговування, самостійно пересуватися, орієнтуватися, спілкуватися, контролювати свою поведінку, навчатися і займатися трудовою діяльністю.

Враховуючи той факт, що нездатність до виконання якої-небудь звичної діяльності (тобто обмеження життєдіяльності) може мати різний ступінь вираженості, була запропонована наступна шкала рубрик тяжкості обмежень життєдіяльності:

- 0- Обмеження життєдіяльності немає
- 1- Труднощі в діяльності
- 2- Діяльність за допомогою допоміжних засобів
- 3- Діяльність за сприяння інших (оточуючих)
- 4- Залежна діяльність
- 5- Виражена нездатність діяти
- 6- Повна нездатність діяти
- 7- Не застосовувано
- 8- Тяжкість не уточнена

Для уточнення прогнозу можливого зменшення або повного усунення обмежень життєдіяльності було розроблено і запропоновано факультативний додаток «Оцінка прогнозу»:

- 0- Обмеження життєдіяльності немає
- 1- Можливе одужання (без жодного обмеження діяльності)
- 2- Можливе поліпшення (в результаті лікування очікується зниження ступеня обмеження життєвих функцій)
- 3- Можлива допомога (обмеження життєдіяльності статичне, але вона може бути покращено за підтримки, допомоги і ін.)
- 4- Стійке обмеження життєдіяльності (немає перспективи поліпшення)
- 5- Можливість полегшена (полегшити – означає зробити терпимішим)
- 6- Наростаюче обмеження життєдіяльності (обмеження наростає без перспективи на поліпшення)
- 7- Невизначений прогноз
- 8- Неуточнений прогноз

Статистичні дослідження класу обмежень життєдіяльності визначають державну стратегію і тактику у напрямку надання реабілітаційної допомоги особам з обмеженнями життєдіяльності. Це актуально не тільки з медичної, але і з професійної, трудової, соціальної точки зору.

**Соціальна недостатність** – це соціальні наслідки порушення здоров'я, такий недолік даного індивіда, що витікає з порушення або обмеження життєдіяльності, при якому людина може виконувати лише обмежено або зовсім не може виконувати звичайну для його положення роль в житті (залежно від віку, статі, соціального і культурного положення).

Соціальна недостатність є соціалізацією хвороби і відображає побутові, соціальні і економічні наслідки хвороби для інваліда і його контактів з середовищем існування. Наслідком її є порушення можливості інтеграції в суспільство.

Соціальна недостатність оцінюється за обставинами, які ставлять хворого

в невідповідне положення в порівнянні зі здоровими. Показниками соціальної недостатності є так звані критерії «виживання»: орієнтація в тому, що оточує, фізична незалежність, мобільність, спілкування з тими, що оточують (соціальна інтеграція), здібність до занять, підтримка соціально-економічної діяльності. Невідповідність будь-якому з цих критеріїв викликає соціальну недостатність. Фактично класифікацію соціальної недостатності можна представити таким чином:

1. Соціальна недостатність із-за обмеження фізичної незалежності
2. Соціальна недостатність із-за обмеження мобільності
3. Соціальна недостатність із-за обмеження здатності займатися звичною діяльністю
4. Соціальна недостатність із-за обмеження здібності до здобуття освіти
5. Соціальна недостатність через обмеження здатності до професійної діяльності
6. Соціальна недостатність через обмеження економічної самостійності
7. Соціальна недостатність через обмеження здатності до інтеграції в суспільство

Статистичні дослідження класу соціальної недостатності визначають обґрунтованість державної стратегії і тактики політичного рівня соціальної політики у вигляді заходів по створенню умов для збереження здоров'я здорового населення і реалізації реабілітаційного потенціалу людей, що хворіють або перенесли захворювання в їх освітній, професійно-трудовій, суспільній діяльності, в їх дозвіллі.

Після публікації Міжнародної класифікації порушень, обмежень життєдіяльності і соціальної недостатності (ВООЗ: Женева, 1980) у ряді країн в реальних умовах діяльності національних служб охорони здоров'я була проведена її апробація. Висловлені в ході апробації численні зауваження і пропозиції були враховані робочою групою експертів ВООЗ і винесені на обговорення Міжнародної конференції по X-му перегляду МКБ (1989 р.). В результаті обговорення була прийнята **Номенклатура порушень, обмежень життєдіяльності і соціальної недостатності - Nomenclature of Impairments, Disabilities and Disadvantages - (МКН-2)** адаптована для потреб практичної охорони здоров'я, соціальних і статистичних служб.

У перероблену структуру груп номенклатури була включена їх деталізація на рівні рубрик, з використанням для цього, там, де це було можливо, змісту відповідних рубрик і підрубрик класифікації. В цілому структура міжнародної номенклатури порушень, обмежень життєдіяльності і соціальної недостатності представлена в таблиці 7, концепція наслідків хвороби виходячи з даної Номенклатури представлена на рис. 6, а визнання людини інвалідом – виходячи з Номенклатури – на рис. 7.

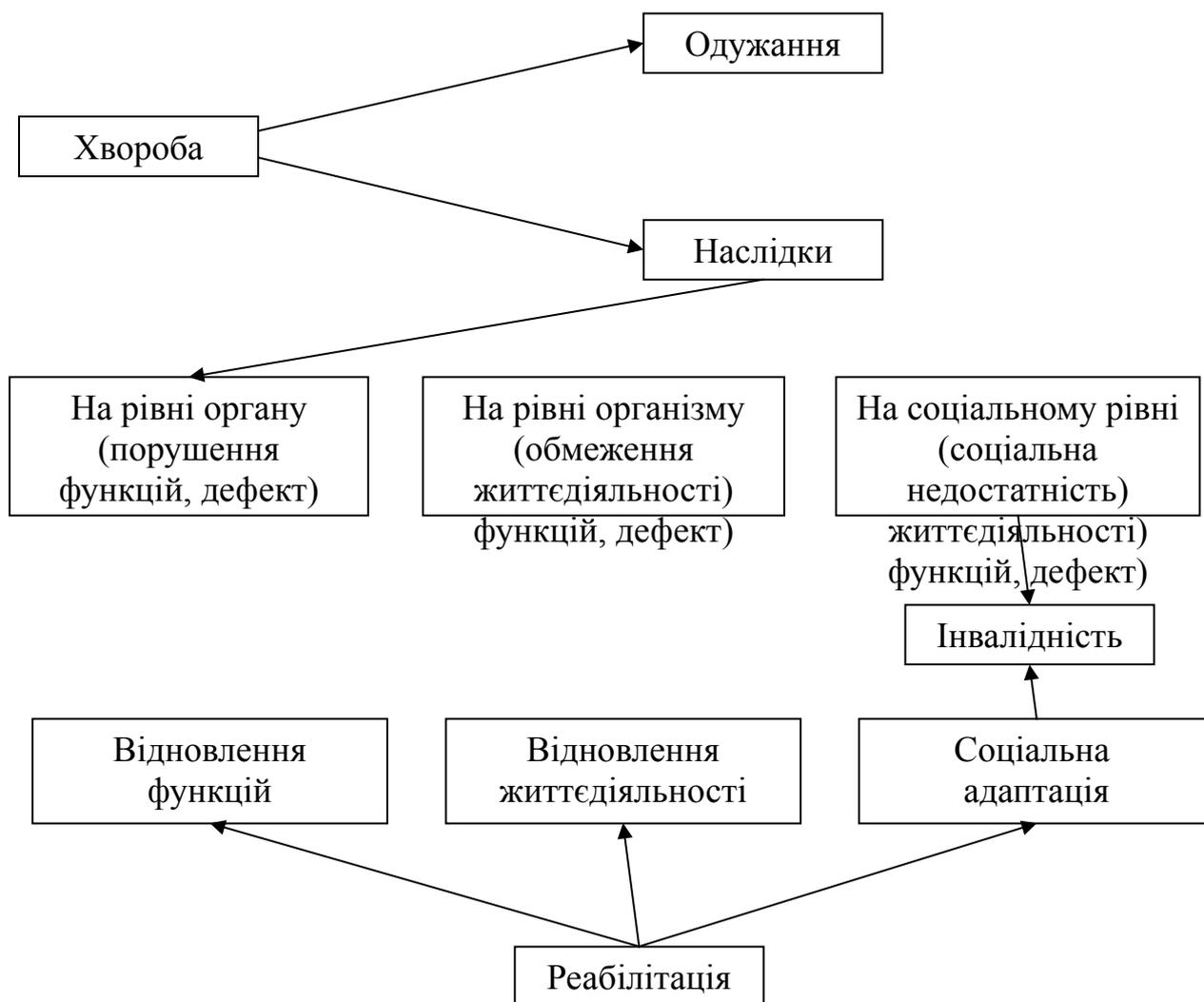


Рис. 6. Концепція наслідків хвороби (виходячи з міжнародної номенклатури порушень обмежень життєдіяльності і соціальної недостатності).

Таблиця 7. Структура міжнародної номенклатури порушень, обмежень життєдіяльності і соціальної недостатності

Хвороба або розлад →	Порушення →	Обмеження життєдіяльності →	Соціальна недостатність
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Розумові порушення.</li> <li>2. Інші психологічні п.</li> <li>3. Мовні і мовні п.</li> <li>4. Вушні (слухові і вестибулярні) порушення.</li> <li>5. Зорові порушення.</li> <li>6. Вісцелярні і метаболічні п., розлади живлення.</li> <li>7. Рухові порушення.</li> <li>8. Спотворюючі порушення.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Зниження здатності адекватно поводитися.</li> <li>2. Зниження здатності спілкуватися з тими, що оточують.</li> <li>3. Зниження здатності пересуватися.</li> <li>4. Зниження здатності діяти руками.</li> <li>5. Зниження здатності володіти тілом.</li> <li>6. Зниження здатності доглядати за собою.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Зниження здатності із-за обмеження фізичної незалежності.</li> <li>2. Зниження здатності із-за обмеження мобільності.</li> <li>3. Зниження здатності із-за здатності займатися звичною діяльністю.</li> <li>4. Зниження здатності до здобування освіти.</li> <li>5. Зниження здатності із-за обмеження здатності до професійної діяльності.</li> <li>6. Зниження здатності із-за обмеження економічної самостійності.</li> <li>7. Зниження здатності із-за обмеження здібності до інтеграції в суспільство.</li> </ol>



Рис. 7. Схема визначення інвалідності виходячи з міжнародної номенклатури порушень, обмеження життєдіяльності і соціальної недостатності

## Характеристика критеріїв життєдіяльності і параметри їх оцінки

Характеристика наслідків хвороби в практиці лікаря-реабітолога і лікаря-експерта вимагає кількісної оцінки, необхідної при визначенні порушень і обмежень життєдіяльності. Соціальна недостатність по рекомендації експертів ВООЗ, поки що кількісно не оцінюється.

В.Б.Смичок, 2008, розробив уніфікований підхід до оцінки різних порушень і обмежень життєдіяльності. З цією метою було використано поняття **функціональний клас (ФК)**, який ранжується за 5-ти бальною шкалою, прийнятою за 100%:

ФК 0 – характеризує нормальний стан параметра, ФК1 – незначне його порушення (до 25%), ФК2 – помірно-середнє (від 25% до 50%), ФК3 – значне (від 51% до 75%), ФК4 – різко виражене і повне порушення даного параметра (від 76% до 100%).

Обмеження життєдіяльності оцінюються по кожному критерію окремо, враховуючи можливість компенсації за допомогою лікарських засобів, технічних або інших допоміжних засобів, а також ступінь того, що взаємно обтяжує порушені функції організму в рамках однієї з категорій.

**Здатність до самообслуговування** – здатність самостійно справлятися з основними фізіологічними потребами, виконувати повсякденну побутову діяльність і зберігати навички особистої гігієни, що забезпечує ефективне незалежне (відповідно до вікових особливостей) існування в навколишньому середовищі.

Самообслуговування включає самостійне задоволення повсякденних потреб, так званих нерегульованих потреб (фізіологічних відправлень, особистої гігієни, одягання і прийому їжі) і здійснення більш широкого кола повсякденних побутових потреб (придбання в магазині, приготування їжі, прибирання приміщення, ліжка, прання (мале і велике), підтримка належної температури приміщення, користування замками, вимикачами, кранами, різними домашніми приладами, телефоном і ін.) На відміну від перших – це регульовані потреби, відносно яких допомога сторонніх може бути спланована і виявлятися рідше за один раз на добу або епізодично. У експертній практиці самообслуговування розглядалося у вузькому значенні цього поняття і враховувало тільки нерегульовані потреби, порушення яких служило єдиним критерієм визначення 1 групи інвалідності. У практиці реабілітації і при визначенні соціальної недостатності із-за обмеження фізичної незалежності – самообслуговування розглядається в широкому значенні – як умова фізичної незалежності організму.

Для реалізації здатності до самообслуговування і фізичної незалежності потрібна інтегрована діяльність практично всіх органів і систем і збереження інших сторін життєдіяльності. Тому порушення самообслуговування виникають при захворюваннях різних органів і систем. Частіше вони виявляються в пізніх стадіях хвороби, і пізніше, ніж обмеження інших сторін життєдіяльності. Раніше самообслуговування обмежується при порушенні здатності діяти руками, володіти тілом, пересуватися і адекватно поводитися. Самообслуговування може бути частково компенсоване за рахунок допоміжних засобів.

Параметри оцінки:

- потреба в додатковій допомозі і догляді;
- тимчасові інтервали, через які виникає потреба в сторонній допомозі;

- можливість корекції порушених здібностей, зокрема за допомогою лікарських засобів і (або) технічних або інших допоміжних засобів;
- відповідність віковим нормам розвитку навичок самообслуговування;

ФК 1 – незначне порушення здатності до самообслуговування, збереження здатності до самостійної реалізації повсякденних нужд при потребі в епізодичній (не частіше за 1 раз на місяць) допомозі інших осіб в здійсненні деяких побутових потреб, а у дітей – відставання розвитку основних навичок самообслуговування не більше, ніж на 1 віковий період в порівнянні із здоровими однолітками;

ФК 2 – помірно виражене порушення здатності до самообслуговування, збереження здатності до самообслуговування при тривалішій витраті часу, кратності його виконання, скороченні їх об'єму з використанням при необхідності технічних і інших допоміжних засобів або епізодичної допомоги сторонніх осіб; потреба в періодичній (не частіше 1 разу в тиждень) допомозі інших осіб в здійсненні деяких побутових потреб при самостійній реалізації інших повсякденних потреб, а у дітей – відставання розвитку основних навичок самообслуговування більш ніж на 1 віковий період в порівнянні із здоровими однолітками;

ФК 3 – виражене порушення здатності до самообслуговування, збереження здатності до самостійної реалізації нерегульованих нагальних потреб, що вимагають постійної сторонньої допомоги інших осіб (застосування складних технічних і інших допоміжних засобів не дозволяє в повному об'ємі виконувати повсякденну побутову діяльність і навички, зокрема вікові);

ФК 4 – різко виражене порушення здатності до самообслуговування, різке виражене обмеження самообслуговування із-за значно вираженого порушення психічних (зорових, статодинамічних) функцій або обмеження самообслуговування внаслідок поєднання виражених порушень функцій органів і систем, які створюють синдром взаємного обтяження, що приводить до різко вираженої або повної втрати особистої незалежності і потреби у догляді (побутовому і (або) спеціальному медичному).

**Здатність до самостійного пересування** – здатність ефективно самостійно пересуватися (повзати, ходити, бігати, долати перешкоди, зберігати рівновагу тіла, утримувати позу, користуватися особистим і суспільним транспортом) в своєму оточенні в рамках виконуваної побутової або провідної вікової діяльності, забезпечуючи можливість швидко і адекватно модифікувати свої дії.

Здатність до пересування визначається станом і інтегрованою діяльністю багатьох органів і систем: кістково-м'язово-суглобовою, нервовою, кардіо-респіраторною, зору, слуху, вестибулярного апарату і ін. Проте, в першу чергу, порушення пересування виникають при захворюваннях опорно-рухового апарату і систем його життєзабезпечення (нервової, кровопостачання), ураження яких позначається на здатності до пересування тоді, коли інші критерії життєдіяльності, зокрема працездатність, можуть ще не порушуватися. Зниження зору, дихальна і серцева недостатність викликають порушення пересування після досягнення значної їх вираженості, коли одночасно і більшою мірою порушуються інші здатності організму, особливо працездатність.

Параметри оцінки:

- відстань, характер і темп пересування;
- можливість самостійно користуватися транспортом;

- можливість і ефективність використання технічних і інших допоміжних засобів для компенсації порушень пересування і розвитку адекватного (у дітей відповідно до віку) рівня рухової активності;
- можливість самостійного виконання основних рухових навичок і їх розвитку з урахуванням якісних і кількісних вікових норм;

ФК 1 – незначне порушення здатності до пересування, періодично виникаюче помірне або постійне незначне порушення статодинамічної функції при збереженні здатності до самостійного пересування при зміні механіки пересування, тривалішій втраті часу, дробленні виконання і скороченні відстані з використанням при необхідності технічних і інших допоміжних засобів;

ФК 2 – помірно виражене порушення здатності до пересування, обмеження можливості його пересування районом проживання (у дітей з урахуванням вікових можливостей) з явною зміною ходи, повільним темпом ходьби, необхідністю використання технічних і інших допоміжних засобів за межами дому; неповна корекція лікарськими засобами діяльності систем, що забезпечують пересування; використання суспільного транспорту ускладнене, але можливе без допомоги інших осіб;

ФК 3 – виражене порушення здатності до пересування, обмеження пересування в межах найближчої до житла території із сторонньою допомогою або за допомогою складних технічних і інших допоміжних засобів пересування (у дітей з урахуванням вікових можливостей), використання суспільного транспорту різко утруднене без допомоги інших осіб;

ФК 4 – різко виражене порушення здатності до пересування, повна втрата самостійного пересування або можливість пересування тільки в межах житла за допомогою інших осіб або складних технічних і інших допоміжних засобів.

**Здатність до орієнтації** – здатність самостійно сприймати і аналізувати навколишню дійсність (місце, простір, час, особа).

Основними системами забезпечення орієнтації є центральна нервова система, зір і слух.

Для реалізації орієнтації необхідне інтегроване функціонування декількох систем:

- зору, слуху, дотику, нюху (систем орієнтації), мови, читання, письма (систем комунікації)
- центральної і периферичної нервової системи для передачі, аналізу інформації і вироблення у відповідь реакції на її зміну, адекватній психічній діяльності.

Розлади орієнтації на рівні аналізаторів іноді можуть бути повністю або частково компенсовані за рахунок медико-технічних засобів (окуляри, лінзи, слухові апарати, електричні пристрої і ін.) або за рахунок компенсації одного аналізатора іншим (глухий компенсує свій недолік зором, сліпий – слухом і дотиком і т.д.). Компенсація порушень в психічній діяльності може досягатися медикаментозними засобами (нейролептики і ін.).

Параметри оцінки:

- здатність розрізняти зорові образи людей і предметів на відстані, що збільшується, і в різних умовах (наявність або відсутність перешкод, знайомство з обстановкою), можливість її компенсації технічними і іншими допоміжними засобами;

- здатність розрізняти звуки і усну мову (слухова орієнтація) або наявність перешкод і ступінь компенсації порушення слухового сприйняття усної мови іншими її способами (лист, невербальні форми);
- можливість виділення зовнішніх по відношенню до власної особи просторових, тимчасових і середовищних орієнтирів;
- необхідність використання технічних і інших допоміжних засобів і допомоги інших осіб в різних видах повсякденної діяльності (у побуті, в навчанні, на виробництві);
- відповідність віковим нормам розвитку систем орієнтації дитини;

ФК 1 – незначне порушення здатності до орієнтації, періодично виникаюче обмеження здатності до орієнтації в складній життєвій ситуації, незвичній обстановці при повному збереженні в звичних умовах;

ФК 2 – помірно виражене порушення здатності до орієнтації, відставання в розвитку основних параметрів орієнтації (особа, місце, простір, час), часткове порушення розпізнавання навколишніх предметів, обумовлене помірно вираженим порушенням сприйняття зорових образів або різко вираженим порушенням сприйняття слухових сигналів; при вираженому порушенні слуху (туговухість III – IV ступеня) здатність до орієнтації тільки в звичній ситуації самостійно і (або) за допомогою технічних і інших допоміжних засобів;

ФК 3 – виражене порушення здатності до орієнтації, значно виражене порушення можливості розпізнавати людей і об'єкти на невеликій відстані, за наявності перешкод (низька освітленість, миготіння) і в малознайомій обстановці; часткова дезорієнтація в місці, часі, просторі і власній особі; несприйняття звуків і усної мови при неможливості компенсації дефекту слуху адекватними способами (глухонімота у поєднанні з неписьменністю); значно виражене відставання формування вікових параметрів розвитку орієнтації у дітей;

ФК 4 – різко виражене порушення здатності до орієнтації, повна або різко виражена дезорієнтація в місці, часі, просторі і власній особі; повне або різко виражене порушення зору з можливістю компенсації тільки за рахунок інших систем орієнтації.

**Здатність до спілкування** – здатність встановлювати контакти з іншими членами суспільства і підтримувати звичні взаємини шляхом сприйняття, переробки і відтворення інформації.

Спілкування має два синоніми, що відображають вузьке і широке застосування цього терміну. Крім збереження мови комунікація вимагає збереження систем орієнтації (слуху і зору). Іншою умовою спілкування служить нормальний стан психічної діяльності і психологічних особливостей особи. Комунікація характеризує спілкування у фізіологічному сенсі і відображає вузький зміст цього терміну.

Соціальна інтеграція – складний багатоплановий процес встановлення і розвитку всіх форм контактів між людьми, породжених потребою в спільній діяльності, – відображає соціальний зміст цього поняття – прояв соціального буття людини. Спілкування є засобом передачі форм культури і досвіду, навчання, організації виробничої, наукової і ін. видів діяльності, формування психічної і емоційно-вольової сфери людини. Саме у такому широкому розумінні спілкування характеризує здатність до інтеграції в суспільство, а його порушення приводить до соціальної недостатності.

Соціальна інтеграція вимагає узгодженої діяльності багатьох органів і систем і збереження інших, більш елементарних здібностей людини (самообслуговування, мобільності), звідси витікає велика частота її порушень при багатьох і різних захворюваннях, коли порушення спілкування носять вторинний характер (прикутість до житла, ліжка). Первинне обмеження спілкування виникає при ураженні систем комунікації, орієнтації, розладах психічної діяльності і наявності психологічних особливостей особи.

Основним засобом комунікації є усна мова, допоміжним – читання, писання, невербальна мова (жестами, знакова).

Параметри оцінки:

- характеристика кола осіб, з якими можлива підтримка контактів;
- потреба в допомозі інших осіб в процесі спілкування;
- можливість і ефективність використання засобів компенсації (технічні і інші допоміжні засоби і методики) для досягнення відповідного рівня спілкування і його подальшого розвитку;
- відповідність спілкування і його компонентів віковим нормам розвитку дитини;
- потреба в перебуванні в умовах спеціальної установи освіти або органу охорони здоров'я для забезпечення формування навичок спілкування;

ФК 1 – незначне порушення здатності до спілкування, здатність до спілкування з незначним зниженням темпу і об'єму отримання і передачі інформації; використання при необхідності технічних і інших допоміжних засобів; утруднення встановлення нових контактів, при збереженні сталих; відставання не більше ніж на один віковий період формування вікових параметрів комунікативних здібностей дитини;

ФК 2 – помірно виражене порушення здатності до спілкування, здатність до спілкування із зниженням темпу і об'єму отримання і передачі інформації; використання при необхідності технічних і інших допоміжних засобів; неможливість підтримувати нові контакти при збереженні сталих; спілкування з використанням невербальних способів і допомоги сурдоперекладача; відставання більш ніж на один віковий період формування вікових параметрів комунікативних здібностей дитини;

ФК 3 – виражене порушення здатності до спілкування, здатність збереження відносин із близькими людьми на побутовому рівні при втраті комунікативних функцій, розпаді сталих і неможливості встановлення нових контактів, неможливості компенсації, здатність до спілкування при регулярній частковій допомозі інших осіб з використанням при необхідності технічних і інших допоміжних засобів;

ФК 4 – різко виражене порушення здатності до спілкування, втрата можливості спілкування і утруднення контактів із близькими людьми (найближчі родичі, особи, що доглядають, батьки, опікуни) на побутовому рівні, що ускладнює надання адекватної допомоги.

**Здатність контролювати свою поведінку** – здатність до усвідомлення себе і адекватної поведінки відповідно до морально-етичних і соціально-правових норм оточуючого середовища.

### Параметри оцінки:

- дотримання встановлених суспільних норм;
- можливість усвідомлення себе, ідентифікації людей, об'єктів і розуміння взаємин між ними;
- сприйняття, інтерпретація і адекватність реагування на традиційну і незвичну ситуацію;
- дотримання особистої безпеки і особистої охайності;
- тривалість і стійкість порушення контролю за своєю поведінкою;
- можливість компенсації лікарськими засобами дефекту поведінки;
- можливість самокорекції або корекції за допомогою інших осіб;
- відповідність етапів формування самоконтролю віковим нормам розвитку дитини;
- необхідність додаткового контролю поведінки ззовні;

ФК 1 – легке порушення здатності контролювати свою поведінку, періодично виникаюче обмеження здатності контролювати свою поведінку в складній життєвій ситуації при збереженні контролю в звичних умовах; збереження здатності самокорекції;

ФК 2 – помірно виражене порушення здатності контролювати свою поведінку, періодично виникаюче обмеження здатності контролювати свою поведінку на незвичну ситуацію некорегуючими способами виховання, психологічного, педагогічного і (або) медичного впливу при збереженні контролю в звичних умовах; збереження здатності усвідомлювати себе, що дозволяє хворому самостійно виконувати повсякденну діяльність, деякі види професійної праці в звичних виробничих умовах; напади повної або часткової втрати свідомості середньої частоти; постійне утруднення виконання рольових функцій, що зачіпають окремі сфери життя, з можливістю часткової самокорекції;

ФК 3 – виражене порушення здатності контролю поведінки; можливість усвідомлювати себе і близьких осіб збережена тільки на рівні найближчого оточення в домашніх умовах, не піддається корекції і розвитку; утруднена можливість належним чином дотримуватись особистої безпеки; часті напади часткової або повної втрати свідомості, що не компенсуються лікарськими засобами; постійне зниження критики до своєї поведінки і навколишнього оточення з можливістю часткової корекції тільки при регулярній допомозі інших осіб;

ФК 4 – різко виражене порушення здатності контролювати свою поведінку, неможливість або різко виражене порушення усвідомлення власної особи, навколишніх предметів і людей, відсутність або неадекватні реакції на звичну ситуацію, що створюють загрозу особистій безпеці, неконтрольовані порушення фізіологічних відправлень, щоденні напади повного порушення свідомості, що часто повторюються (смеркові розлади свідомості; генералізовані тоніко-клонічні, тонічні, клонічні припадки; інфантильні спазми) у разі неможливості їх корекції лікарськими засобами; потреба в постійній допомозі (нагляді) інших осіб.

**Здатність до навчання** – здатність до сприйняття, осмислення, накопичення і відтворення інформації і знань (загальноосвітніх, спеціальних, професійних), оволодіння навичками і вміннями (професійними, соціальними, культурними, побутовими), виконання необхідних практичних дій.

Здатність до навчання – одна з важливих інтеграційних форм життєдіяльності. Вона залежить, в першу чергу, від стану психічних функцій (інтелекту, пам'яті,

уваги, ясності свідомості, мислення і ін.), збереження систем комунікації (мови – усної і письмової) і орієнтації (зір і слух і ін.). Одночасно навчання вимагає використання здатності до спілкування, пересування, самообслуговування і ін., що визначаються психологічними особливостями особи, станом локомоторного апарату, вісцеральних функцій. Здатність до навчання порушується при захворюваннях багатьох і різних органів і систем. Зі всіх критеріїв життєдіяльності порушення здібності до навчання має найбільшу соціальну значущість в дитячому віці, воно еквівалентне порушенню здатності до праці у дорослих і є найчастішою причиною соціальної недостатності дитини.

Параметри оцінки:

- тривалість і стійкість інтересу до пізнавальних видів діяльності;
- можливість здобуття освіти відповідно до вимог освітніх стандартів;
- потреба в спеціальних умовах (технічні і інші допоміжні засоби, спеціальні учбові програми і методики навчання, спеціальні підручники і навчальні посібники, адаптоване середовище життєдіяльності і інше);
- рівень психолого-педагогічного розвитку і його відповідність віковим нормам у дітей;
- здатність до відвідування дитячих організованих колективів;

ФК 1 – незначне порушення здатності до навчання, здатність до здобуття освіти відповідного рівня відповідно до учбових програм, що розробляються на основі освітніх стандартів в установах освіти;

ФК 2 – помірно виражене порушення здатності до навчання, здатність до здобуття освіти певного рівня в рамках державних освітніх стандартів за загальними програмами в установах освіти загального призначення, але в спеціальних групах, оснащених технічними і іншими допоміжними засобами і технологіями, необхідними для певної категорії інвалідів; навчання з використанням спеціальних методів і методик навчання, спеціального режиму навчання;

ФК 3 – виражене порушення здатності до навчання, здатність до здобуття освіти відповідного рівня згідно учбових програм, що розробляються на основі освітніх стандартів в установах освіти, в спеціальних класах (групах), класах (групах) інтегрованого навчання і виховання із створенням спеціальних умов для осіб з особливостями психофізичного розвитку;

здатність до навчання тільки в установах спеціальної освіти, при організації освітнього процесу для осіб з особливостями психофізичного розвитку вдома, із створенням, при необхідності, спеціальних умов;

ФК 4 – різко виражене обмеження здатності до навчання.

**Здатність до трудової діяльності** – сукупність фізичних, психофізіологічних і психологічних можливостей, що формуються в результаті фізичного, психологічного і культурного розвитку особи, загальної і спеціальної освіти, вироблення трудових навичок і майстерності, необхідних і достатніх для якісного виконання будь-якої (зокрема некваліфікованої) праці звичного змісту, звичним способом, в звичному об'ємі, і звичних умовах, здатність виконувати звичайну для людини роль в житті (з урахуванням віку, статі, місця проживання, освіти), здатність до самостійного мешкання, встановлення соціальних зв'язків, підтримки економічної незалежності.

Параметри оцінки:

відповідність стану здоров'я вимогам, що пред'являються професією (посадою);

рівень освіти, що забезпечує доступність роботи;

можливість здійснювати трудову діяльність в повному об'ємі, повний робочий день, повний робочий тиждень з виконанням норм виробітку (послуг);

можливість трудової діяльності в іншій професії (посаді) рівною по кваліфікації колишній;

можливість відтворення спеціальних професійних знань, умінь і навичок;

ФК 1 – легке порушення здатності до трудової діяльності в звичайних умовах праці при незначному зниженні кваліфікації; здатність виконання некваліфікованої фізичної праці з незначним зменшенням об'єму виконуваної роботи;

ФК 2 – помірно виражене порушення здатності до трудової діяльності, здатність до виконання трудової діяльності в звичайних умовах праці при зниженні кваліфікації; здатність виконання некваліфікованої фізичної праці із зменшенням об'єму виконуваної роботи; нездатність продовжувати роботу за основною професією (посадою) при збереженні можливості виконувати трудову діяльність за професією (посадою) нижчої кваліфікації; скорочення тривалості робочого часу (неповний робочий день, неповний робочий тиждень);

ФК 3 – виражене порушення здатності до трудової діяльності, здатність до виконання трудової діяльності в спеціальних умовах з використанням технічних і інших допоміжних засобів та (або) за допомогою інших осіб або, при вираженому обмеженні об'єму виконуваних робіт, за рахунок значного скорочення робочого часу;

ФК 4 – різко виражене обмеження здатності до трудової діяльності, нездатність до трудової діяльності, неможливість або наявність медичних протипоказань до будь-якого виду праці.

**Здатність до провідної вікової діяльності** – здатність виконувати діяльність, що визначає основний зміст повсякденного життя дитини в конкретний віковий період:

- від 0 до 1 року – емоційно-особове спілкування (з матір'ю, особою, що доглядає);
- від 1 до 3 років – предметна діяльність;
- від 4 до 6 років – ігрова (сюжетно-ролева) діяльність;
- від 7 до 13 років – пізнавальна діяльність;
- від 14 до 18 років – спілкування, учбово-професійна діяльність.

**Здатність до емоційно-особистісного спілкування** – здатність дитини встановлювати взаємини з особою, що її доглядає, на основі емоційних реакцій, що забезпечують основні компоненти її нормальної життєдіяльності в даний віковий період, в процесі якої формуються рухові навички і основи психічної діяльності.

Параметри оцінки:

- відповідність віковим нормам розвитку дитини елементарних форм майбутніх орієнтовних реакцій (стеження, зосередження, слухове сприйняття, реакція на голос матері, голосові реакції дитини);
- можливість і ефективність використання технічних і інших допоміжних засобів;
- вплив на формування інших категорій життєдіяльності дитини і

гармонійність розвитку в цілому.

**Здатність до предметної діяльності** – здатність дитини до здійснення безпосереднього контакту з навколишнім світом шляхом вивчення властивостей, функцій і просторових взаємин предметів, що сприяє активному розвитку аналізуючих функцій, що формує його відношення до навколишнього світу.

Параметри оцінки:

- освоєння наочної діяльності дитиною (сумісною, спільно-розділовою, за зразком або словесною вказівкою) відповідно до вікових норм розвитку;
- можливість і ефективність використання технічних і інших допоміжних засобів;
- можливість до маніпуляцій і елементарних функціональних дій (відкриття, вкладання, нанизування та інше).

**Здатність до ігрової діяльності** – здатність до особливої форми діяльності, що є невід'ємною частиною життя дитини, що формує його світогляд і життєвий досвід за допомогою спостереження і відтворення навколишньої дійсності, навичок і вмій відповідно до вікової норми.

Параметри оцінки:

- можливість здійснення ігрової діяльності відповідно до віку в звичайних дитячих колективах;
- тривалість і стійкість інтересу до гри;
- адекватне використання ігрового матеріалу;
- можливість самостійної організації ігрового процесу;
- необхідність використання додаткових технічних і інших допоміжних засобів.

**Здатність до пізнавальної діяльності** – здатність до сприйняття, віддзеркалення і відтворення існуючої дійсності в свідомості дитини, результатом чого є нові знання про навколишній світ, оволодіння навичками і уміннями.

Параметри оцінки:

- рівень пізнавальної діяльності відповідно до вікової норми;
- тривалість і стійкість інтересу до інтелектуальних і пізнавальних видів діяльності;
- необхідність застосування технічних і інших допоміжних засобів або допомоги інших осіб.

**Готовність до професійного навчання і трудової діяльності** – здатність до оволодіння теоретичними знаннями і практичними навичками необхідного рівня компетентності, достатнього для виконання роботи в рамках конкретної професії.

Параметри оцінки:

- відповідність стану здоров'я, психофізіологічних і психолого-педагогічних показників розвитку дитини вимогам, що пред'являються професією;
- рівень освіти, що забезпечує доступність роботи;
- можливість професійного навчання в установах освіти з дотриманням відповідної програми (обов'язковий мінімум), об'єму учбового навантаження, термінів і режиму навчання;
- потреба в спеціальних умовах для забезпечення професійного навчання;

ФК 1 – незначне порушення здатності до провідної вікової діяльності, що вимагає додаткових заходів педагогічної, психологічної дії, періодичної корекції лікарськими засобами;

ФК 2 – помірно виражене порушення здатності до провідної вікової діяльності, що вимагає додаткових заходів педагогічної, психологічної дії, складних схем лікування лікарськими засобами, використання технічних та інших допоміжних засобів, відвідування спеціалізованих дитячих колективів та індивідуального підходу до процесу виховання або навчання;

ФК 3 – виражене порушення здатності до провідної вікової діяльності, втрата здатності або можливість здійснення її в спеціальних умовах;

ФК 4 – різко виражене обмеження здатності до провідної вікової діяльності, повна втрата здатності до провідної вікової діяльності.

ТАБЛИЦЯ 8. ВІДПОВІДНІСТЬ ОБМЕЖЕНЬ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ І СОЦІАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НАЯВНИХ У ХВОРИХ ПОРУШЕНЬ

Порушення	Обмеження життєдіяльності	Соціальна недостатність
Легкі рухові порушення ФК-I	Збережена можливість пересування на великі (не обмежені) відстані при деякому уповільненні темпу ходьби, невеликій зміні ходи, необхідності використання простих допоміжних засобів, незалежність в повсякденному житті, ходьба без сторонньої допомоги.	Легка фізична залежність – потреба в незначній, непостійній і нерегульованій допомозі інших осіб. Виключення з обов'язкового переліку професійних дій робіт, що вимагають значної фізичної напруги, і що відносяться до категорії важких, а також дії шкідливих і небезпечних умов праці, перебування в умовах підвищеної небезпеки травматизму.
Помірні рухові порушення ФК-II	Порушення пересування, обмеження відстані пересування районом мешкання (до 1,5-2км), повільний темп ходьби, явна зміна ходи, необхідність використання складніших допоміжних засобів, часткова залежність від оточуючих в повсякденному житті, ходьба по квартирі без сторонньої допомоги, по вулиці – з допомогою.	Помірна фізична залежність – необхідність епізодичної допомоги інших осіб в здійсненні однієї або декількох регульованих потреб при самостійній реалізації інших повсякденних здібностей. Обмеження працездатності. Продовження виконання професійної праці на колишньому робочому місці за умови можливості скорочення об'єму робіт, – тривалості робочого дня або іншої доступної професії (після підбору доступних видів діяльності) із зниженням кваліфікації в колишній або новій професії. Професійна перепідготовка і працевлаштування можливі в спец. створених умовах (спец. організовані оснащені спец. пристосуваннями і заброньовані робочі місця для інвалідів на звичайних підприємствах, учбово-виробничих підприємствах і ін.). Виконувані роботи відносяться до I, II, III категорії тяжкості і напруженості праці.
Виражені рухові порушення ФК-III	Значне обмеження пересування – пересування тільки в межах найближчого сусідства (до 0,5 км.), різка зміна ходи і темпу ходьби, необхідність використання складних допоміжних засобів пересування, значна залежність від оточення в повсякденному житті, ходьба по квартирі із сторонньою допомогою, по вулиці хворі не ходять, значні обмеження у виконанні колишніх домашніх обов'язків або повна нездатність до них.	Значне обмеження фізичної незалежності – необхідність систематичної допомоги інших осіб через тривалі інтервали (1 раз на добу і рідше) в задоволенні декількох або багатьох регульованих потреб. Виражені обмеження працездатності: Праця без встановлення норм виробітку в спец. створених умовах: підприємствах товариств інвалідів, комбінатах надомної праці, вдома. Можливе залучення 3-ої особи для надання допомоги. Допустима зайнятість на робочому місці звичайного підприємства, організації на спеціально атестованому для інваліда робочому місці за наявності спец. пристосувань, спец. режиму і ін.

<b>Порушення</b>	<b>Обмеження життєдіяльності</b>	<b>Соціальна недостатність</b>
Значно виражені рухові порушення (ФК-IV)	Повна втрата пересування і різке обмеження пересування – обмеження мобільності межами житла, крісла або ліжка; ходьба по кімнаті при спеціальному облаштуванні житла поручнями або за допомогою малофункціональних пристосувань, використанням милиць, коли можливий лише двотактний характер біомеханіки ходьби, повна залежність від тих, що їх оточують в повсякденному житті.	Значно виражене і повне порушення фізичної незалежності – включає порушення самообслуговування у вузькому значенні цього терміну – необхідність допомоги сторонніх осіб в задоволенні нерегульованих потреб через короткі і критичні інтервали або постійно, сюди ж відноситься часткова компенсація за допомогою технічних засобів і пристроїв, якщо хворий не може їх використовувати без сторонньої допомоги. Неможливість праці
Незначні мовні порушення (ФК-0, ФК-1)	Незначне зниження здатності спілкування з оточуючими	Незначне обмеження у виконанні деяких робіт, пов'язаних з постійним спілкуванням у великому колективі
Помірні мовні порушення (ФК-I, ФК- II)	Помірне зниження здатності спілкування з оточуючими	Помірне обмеження до здобуття освіти (внаслідок неучасті в деяких видах навчання або професійній підготовці), помірне обмеження в професійній діяльності (у професіях, пов'язаних зі значним спілкуванням)
Виражені мовні порушення (ФК-III)	Виражене зниження здатності спілкування з оточуючими	Виражене обмеження до здобуття освіти, помірне або виражене (залежно від професії) обмеження в професійній діяльності, економічній самостійності, інтеграції в суспільство.
Різко виражені мовні і порушення спілкування (ФК-IV)	Різко виражене зниження здатності спілкування з оточуючими	Різко виражене обмеження до здобуття освіти, виражене обмеження в професійній діяльності, економічній самостійності, інтеграції в суспільство
Незначні слухові і вестибулярні порушення (ФК-I)	Збережена можливість спілкуватися з оточуючими. Незначне обмеження пересування внаслідок зниження здатності підтримувати деякі пози, самообслуговування внаслідок зниження здатності користуватися особистим транспортом.	Легке обмеження мобільності, професійної діяльності (у окремих професіях)
Помірні слухові і вестибулярні порушення (ФК-II)	Незначне зниження здатності до спілкування з оточуючими, помірне обмеження пересування внаслідок зниження здатності підтримувати деякі пози, самообслуговування внаслідок зниження можливості користуватися транспортом.	Помірне обмеження мобільності, професійної діяльності, неможливість участі в професійній діяльності в окремих професіях

Порушення	Обмеження життєдіяльності	Соціальна недостатність
Виражені слухові і вестибулярні порушення (ФК-III)	Помірне і виражене зниження здатності до спілкування з оточуючими, виражене обмеження пересування (ходити, бігати, підтримувати позу), самообслуговування: зниження здатності володіти тілом для вирішення повсякденних побутових завдань, користуватися транспортом, вести незалежне існування, виконувати повсякденні домашні справи, регулювати навколишнє середовище.	Помірне обмеження фізичної незалежності (ситуативна залежність, виражене обмеження мобільності, здатності займатися звичайною діяльністю, здатності до здобуття освіти, професійній діяльності (праця в спеціальних умовах), економічній самостійності, обмеження здатності до інтеграції в суспільство.
Різко виражені слухові і вестибулярні порушення (ФК-IV)	Виражене зниження здатності до спілкування з оточуючими, виражене обмеження пересування (ходити, бігати, підтримувати позу), самообслуговування, зниження здатності володіти тілом для вирішення повсякденних побутових завдань, користуватися транспортом, вести незалежне існування, виконувати повсякденні домашні справи, регулювати навколишнє середовище, зниження здатності до повсякденної роботи	Виражене обмеження фізичної незалежності, мобільності, здатності займатися звичайною діяльністю, практична неможливість здобуття освіти, неможливість будь-якої професійної діяльності, виражене обмеження економічної самостійності, обмеження здатності інтеграції в суспільство.
Незначний астеничний синдром (ФК-0)	Не приводить до обмеження життєдіяльності.	Не приводить до соціальної недостатності.
Помірний астеничний синдром (ФК-0)	Те ж саме	Те ж саме
Виражений астеничний синдром (ФК-I)	Помірне зниження здатності адекватно поводитися із-за обмеження здатності до навчання, виражене обмеження до участі в трудовій діяльності, помірне зниження здатності спілкуватися з оточуючими	Помірні обмеження мобільності із-за зниження витривалості до великих навантажень, здатності займатися звичайною діяльністю, здобуттю освіти, займатися професійною діяльністю
Різко виражений астеничний синдром (ФК-II)	Виражене зниження здатності адекватно поводитися із-за обмеження здатності до навчання, виражене обмеження до участі в трудовій діяльності, помірне зниження здатності спілкуватися з оточуючими.	Помірне обмеження мобільності із-за зниження витривалості великих навантажень, здатності займатися звичайною діяльністю, здобуттю освіти, займатися професійною діяльністю.

<b>Порушення</b>	<b>Обмеження життєдіяльності</b>	<b>Соціальна недостатність</b>
Незначний психоорганічний синдром (ФК-I)	Легке зниження здатності адекватно поводитися із-за зниження здатності до навчання, участі в трудовій діяльності, протипоказані роботи із значною нервово-психічною напругою, зниження здатності спілкуватися з оточуючими із-за неможливості участі у всіх видах суспільної діяльності.	Зниження здатності до здобуття освіти, участі в професійній діяльності.
Помірний психоорганічний синдром (ФК-II)	Помірне зниження здатності адекватно поводитися із-за зниження здатності до навчання, виражене обмеження участі в трудовій діяльності, потрібна зміна професії або об'єму трудової діяльності, виражені обмеження спілкування з оточуючими.	Помірне обмеження мобільності із-за зниження здатності користуватися суспільним транспортом, здатності до здобуття освіти, участі в професійній діяльності, обмеження економічної самостійності, інтеграції в суспільство.
Виражений психоорганічний синдром (ФК-III)	Значно виражене зниження здатності адекватно поводитися, спілкуватися з оточуючими, доглядати за собою.	Значно виражене обмеження мобільності, здатності займатися звичайною діяльністю, неможливість здобуття освіти, неможливість участі в трудовій діяльності, виражене обмеження економічної незалежності, інтеграції в суспільство.
Різко виражений психоорганічний синдром (ФК-IV)	Різко виражене зниження здатності адекватно поводитися, спілкуватися з оточуючими, доглядати за собою.	Різко виражене обмеження мобільності, здатності займатися звичайною діяльністю, неможливість здобування освіти, неможливість участі в трудовій діяльності, виражене обмеження економічної незалежності, інтеграції в суспільство.
Зорові порушення (геміанопсія без порушення центрального зору)	Помірне зниження здатності пересуватися, користуватися транспортом.	Помірне обмеження мобільності, здобування освіти, професійної діяльності, помірні обмеження, неможливість професійної діяльності в окремих професіях, економічній самостійності.
Зорові порушення (геміанопсія з порушенням центрального зору)	Значне зниження здатності пересуватися, володіти тілом для вирішення повсякденних побутових завдань, спілкуватися з оточуючими.	Значне обмеження фізичної незалежності, мобільності, здобуття освіти, професійної діяльності, економічної самостійності.
Спотворюючі порушення (ФК-II)	Помірне зниження здатності адекватно поводитися із-за зниження здібностей до придбання знань в окремих професіях.	Помірне або значне обмеження здатності до професійної діяльності із-за неможливості продовження праці в окремих професіях, обмеження в здобутті освіти у ряді професій, помірне обмеження економічної самостійності.

## Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності і здоров'я

У 1993 р. було вирішено почати процес перегляду МКП. Версія, що переглядалася, тимчасово носила назву МКП-2, у ній передбачалося вирішити наступні проблеми:

- вона повинна обслуговувати багато цілей в різних країнах, розділах і дисциплінах, що відносяться до охорони здоров'я;
- у практичному застосуванні вона повинна бути достатньо простим, наповненим змістом описом наслідків змін здоров'я;
- вона повинна бути практично корисною, тобто визначати потреби охорони здоров'я і коректувати програми втручання (наприклад, по попередженню захворювань, реабілітації і соціальних рішеннях);
- вона повинна давати логічно зв'язаний огляд процесів, залучених в наслідки змін здоров'я, таких як процеси появи обмежень життєдіяльності, а не тільки давати огляд вимірників захворювання/розладу, за допомогою яких може бути об'єктивно проведена оцінка, реєстрація і вжиття відповідних заходів;
- вона повинна сприймати культурні відмінності (бути такою, що переводиться і застосовується в різних культурах і системах охорони здоров'я);
- вона повинна використовуватися як доповнення до сімейства класифікацій ВООЗ.

Ділення класифікації на три рівні, тобто порушення, обмеження життєдіяльності і соціальної недостатності було визнано корисним і рекомендовано залишити без змін. Виникла необхідність розглянути питання включення контекстних чинників/чинників навколишнього середовища, хоча більшість пропозицій залишалися на стадії теоретичного розвитку і емпіричного тестування.

Предметом дискусії стали питання взаємозв'язку порушень, обмежень життєдіяльності і соціальною недостатністю, а також адекватності взаємин між ними. У багатьох критичних зауваженнях вказувалося на причинну модель, що лежала в основі МКП 1980 р. Наголошувалися відсутність тимчасових змін і одностороння спрямованість процесу від порушень до обмежень життєдіяльності і соціальної недостатності.

Були труднощі використання МКП-1980 р. Передбачалося, що слід провести зміни для її використання: перегляд скоріше був направлений на спрощення, а не на деталізацію.

У 2001 р. вийшла в світ оновлена версія Класифікації, що в значній мірі концептуально доповнила Класифікацію 1980 р.: Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності і здоров'я – International Classification of Functioning, Disability and Health (МКФ) [11].

МКФ належить до «сім'ї» міжнародних класифікацій, розроблених Всесвітньою організацією охорони здоров'я, яка стосується різних аспектів здоров'я і пов'язаних із здоров'ям. До цієї «сім'ї» відносяться МКФ, «Міжнародна класифікація хвороб» (МКХ-10), «Класифікація по догляду», «Міжнародна

класифікація стандартів освіти – ISCD», а також «Стандартні правила по створенню рівних можливостей для осіб з обмеженням життєдіяльності» (затверджені на 48-ій сесії Генеральної асамблеї ООН в 1993 р. – резолюція 46/96).

### **Цілі Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності і здоров'я**

**Всеосяжна мета МКФ – забезпечити уніфікованою стандартною мовою і визначити рамки для опису показників здоров'я і показників, пов'язаних із здоров'ям**

МКФ – це багатоцільова класифікація, розроблена для використання в різних дисциплінах і областях. Її специфічні цілі можуть бути визначені як наступні:

- забезпечити наукову основу для розуміння і вивчення показників здоров'я і показників, пов'язаних із здоров'ям, результатів втручань і чинників, що їх визначали;

- сформувати спільну мову для опису показників здоров'я і показників, пов'язаних із здоров'ям, з метою поліпшення взаєморозуміння між різними користувачами: працівниками охорони здоров'я, дослідниками, адміністраторами і суспільством, включаючи людей з обмеженнями життєдіяльності;

- зробити порівнянню інформацію в різних країнах, сферах охорони здоров'я, службах і в часі;

- забезпечити систематизовану схему кодування для інформаційних систем здоров'я.

Ці цілі виявилися взаємозв'язаними, оскільки необхідність застосування МКФ примусила створити багатозначну і практичну систему, яка може використовуватися різними споживачами в управлінні охороною здоров'я, при контролі його якості і оцінці ефективності в різних культурах.

У конкретизації «загальноживаного» визначення здоров'я, даного Всесвітньою організацією охорони здоров'я, МКФ дає стандартні, необхідні для практичного застосування, визначення «доменів здоров'я» і «доменів, пов'язаних із здоров'ям». **Домен — це сфера прояву ознак здоров'я або хвороби, чинників, що визначають здоров'я.** Це практичний і значний для характеристики здоров'я набір взаємозв'язаних фізіологічних функцій і анатомічних структур; дій, завдань і сфер життєдіяльності; зовнішніх природних і культурних умов; внутрішніх, індивідуально-психологічних особливостей. Приклади доменів здоров'я включають: зір, слух, ходьбу, навчання, запам'ятовування, тоді як домени, пов'язані із здоров'ям, наприклад, транспортування, соціальні взаємодії, освіти.

У міжнародних класифікаціях ВООЗ зміни здоров'я (хвороба, розлади, травми і т.п.) спочатку класифіковані в МКХ-10 (аббревіатура «Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду»), яка визначає їх етіологічну структуру. **Функціонування і обмеження життєдіяльності, пов'язані із зміною здоров'я, класифікуються в МКФ.** Таким чином, МКХ-10 і МКФ доповнюють один одного, і користувачам рекомендується застосовувати обидві класифікації сумісно. У МКХ-10 захворювання, розлади або інші зміни здоров'я

забезпечуються діагнозом, який доповнюється інформацією МКФ про функціонування. Сумісна інформація, що відноситься до діагнозу і функціонування, дає ширшу і значиму картину здоров'я людей або популяцій, яка може бути використана при ухваленні рішень.

Важливо мати на увазі наявність часткового збігу між МКХ-10 і МКФ. Обидві класифікації починаються з систем організму. Порушення відносяться до структур і функцій організму, які зазвичай є такими, що становлять «процес хвороби» і у зв'язку з цим також використовуються в МКХ-10. Проте, МКХ-10 використовує порушення (у вигляді ознак і симптомів) як частини констеляції, які формують «хворобу», або іноді як проблеми функцій і структур організму, пов'язані із змінами здоров'я. У двох індивідів з однаковим захворюванням можуть бути різні рівні функціонування, і два індивіди з рівним рівнем функціонування не обов'язково мають однакові зміни здоров'я. Отже, сумісне використання класифікацій підвищує якість інформації для медичних цілей. МКФ не виключає використання звичайних діагностичних процедур, вживаних для медичних цілей. У інших випадках МКФ може використовуватися самостійно.

МКФ пішла від класифікації «наслідків хвороби» (концептуальній позиції ІСІДН МКП 1980 р.), щоб стати класифікацією «складових здоров'я». «Складові здоров'я» визначають, з чого воно складається, тоді як «наслідки» концентрують увагу на тих впливах, які можуть справляти захворювання і інші зміни здоров'я на кінцевий результат. Таким чином, на основі МКФ дослідник може більш повно робити висновки про причинно-наслідкові зв'язки захворювання, (1) використовуючи прийнятні наукові методи. Це підсилює підходи, засновані на дослідженні детермінант здоров'я або чинників ризику захворювань. Для дослідника детермінант або чинників ризику МКФ містить перелік чинників зовнішнього природного і культурного середовища, що описують обстановку, в якій живе інвалід.

### **Область дії Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності і здоров'я**

Область дії МКФ ширша за проблеми інвалідності:

1. Передбачається використання МКФ в таких областях, як страхування, освіта, економіка, а також і в медико-соціальній експертизі і реабілітації інвалідів (у розділах: соціальний захист, працевлаштування, професійна придатність, гігієна, соціальна політика).

2. МКФ запропонована натомість МКН. У медико-соціальній експертизі, реабілітації інвалідів і в інших питаннях інвалідності доцільно використовувати МКФ і МКХ-10 (Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду) – вони доповнюють один одного.

3. У викладі МКФ підкреслюється, що вона прийнята ВООЗ як одна з соціальних класифікацій, в якій реалізуються прийняті міжнародні документи з прав людини, і, зокрема, вже згадані «Стандартні правила по створенню рівних можливостей для осіб з обмеженнями життєдіяльності».

4. МКФ не відноситься тільки до людей з обмеженнями життєдіяльності. Показники здоров'я при будь-якій зміні здоров'я можуть бути описані з допомогою МКФ. МКФ не формальна класифікація, вона містить трактування поняття «Обмеження життєдіяльності», концептуальні положення, які слід використовувати в практиці і наукових дослідженнях з проблеми інвалідності: у медико-соціальної експертизі, в реабілітації інвалідів, в соціальному захисті інвалідів.

5. МКФ класифікація «складових здоров'я». Вона не стосується етіології, патогенезу і причинно-наслідкових зв'язків. Ці питання у зв'язку з предметом досліджень (наприклад, експертизою) вирішуються науковими дослідженнями (і науковими методами).

6. Передбачається, що впровадження МКФ повинно бути узгоджено з національним законодавством і стати інструментом для реалізації національного законодавства.

### **Структура Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності і здоров'я.**

Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності і здоров'я має представлену нижче структуру (таблиця 9).

Інформація в МКФ систематизувалася в двох частинах: частина 1 включає функціонування і обмеження можливостей; частина 2 охоплює контекстні чинники. Кожна частина включає дві складові, кожна з яких може бути представлена як позитивними, так і негативними термінами. Кожна складова складається з різних доменів, а усередині кожного домену існують категорії, які є одиницями класифікації.

Таблиця 9. Структура «Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності і здоров'я – International Classification of Functioning, Disability and Health» (МКФ)

	Частина 1: Функціонування і обмеження життєдіяльності		Частина 2: Контекстні чинники	
Складові	Функції і структури організму	Активність і участь	Чинники навколишнього середовища	Особистісні чинники
Домени	Функції організму Структури організму	Сфери життєдіяльності (завдання, дії)	Зовнішній вплив на функціонування і обмеження життєдіяльності	Внутрішній вплив на функціонування і обмеження життєдіяльності
Параметри	Зміна функцій організму (фізіологічне) Зміна структури організму анатомічна)	Потенційна здатність Виконання завдання в стандартних умовах Реалізація Виконання завдання в реальній життєвій ситуації	Полегшуючий або ускладнюючий вплив фізичного, соціального середовища миру відносин і установок	Вплив властивостей особистості
Позитивний аспект	Функціональна і структурна	Активність Участь	Полегшуючі чинники	Застосування не можливе

	цілісність			
	Функціонування			
Негативний аспект	Порушення Обмеження життєдіяльності	Обмеження активності Обмеження можливості участі Обмеження життєдіяльності	Перешкоджаючі чинники/бар'єри	Застосування не можливе

Перша частина МКФ називається «Функціонування і обмеження життєдіяльності». Вона включає дві складові: «функції і структури організму» і «активність і участь». Перша складова – **Функції і структури організму** і їх можливі обмеження представлені в розділах «Функції організму» і «Структури організму», а класифікація структур і функцій організму представлена в табл. 10.

Таблиця 10. Класифікація структур і функцій організму (по Ф.А. Юнусову і ін., 2008 р.)

Класифікація функцій організму (розділи МКФ)	Класифікація структур організму (розділи МКФ)
1. Розумові функції 2. Функції органів чуття і біль  3. Голосові і розмовні функції 4. Функції кардіоваскулярної, кровотворної, імунної і дихальної систем. 5. Функції травних і ендокринних органів 6. Урогенітальної і репродуктивної системи 7. Нейром'язова і опорно-рухова системи 8. Функція шкіри і прилеглих областей	1. Структури нервової системи 2. Очі, вуха і інші пов'язані з ними структури 3. Структури, задіяні в утворенні голосу і мови 4. Структури кардіоваскулярної, імунної і дихальної систем 5. Травні і ендокринні органи і пов'язані з ними структури 6. Урогенітальні і репродуктивні органи і пов'язані з ними структури 7. Структури нейром'язового і опорно-рухового апарату 8. Структура шкіри і прилеглих областей

Визначені в МКФ функціональні і структурні наслідки зміни здоров'я дозволяють конкретизувати інвалідизуючі зміни, пов'язані з хворобою, їх поєднання, які разом з конкретними чинниками середовища визначають інвалідизуючі види обмеження життєдіяльності, і їх різноманіття (16).

**Функціонування** – це загальний термін для функцій і структур організму, активності і участі. Він позначає позитивні аспекти взаємодій між індивідом (із зміною здоров'я) і контекстними чинниками індивіда (чинники навколишнього середовища і особистісні чинники).

**Функції організму** – це фізіологічні функції систем організму (включаючи психічні функції). Термін «організм» відноситься до людського організму як єдиного цілого; отже, він включає головний мозок. Таким чином, розумові (або психічні) функції відносяться до категорій функцій організму. Стандартом цих функцій повинна бути статистична норма для людей.

**Структури організму** – це структурні або анатомічні частини організму, такі як органи, кінцівки і їх компоненти, класифіковані відповідно до систем організму. Стандартом цих функцій повинна бути статистична норма для людей.

Друга складова – **активність і участь** – є можливими видами активності і участі та їх обмеження у зв'язку з «навчанням і застосуванням знань», «спілкуванням», «мобільністю», «самообслуговуванням», «побутовим життям», «головними сферами життя» (зокрема, роботою і зайнятістю, економічним життям), тобто фактично обмеження звичних для нас по МКП «обмежень життєдіяльності». Проте в Міжнародній класифікації функціонування (МКФ) терміни «порушення», «обмеження життєдіяльності» і «соціальної недостатності», використані в Міжнародній класифікації порушень (МКП) 1980г., мають дещо іншу інтерпретацію, і до них є доповнення.

Терміном «порушення» позначається поняття, що входить до складу поняття визначуваного терміном «функціонування». Порушення лише та частина функціонування організму, яка проявляє себе відхиленням від певних загальноприйнятих популяційних стандартів біомедичного статусу організму і його функцій.

Порушення – це проблеми, що виникають у функціях або структурах, такі як існуючі відхилення або втрата. Порушення структури можуть включати аномалію, дефект, втрату або інше значне відхилення в структурі організму. Порушення не залежать від етіології або від того, як вони розвиваються; наприклад втрата зору або кінцівки може бути наслідком генетичної аномалії або травми. Наявність порушення обов'язково має на увазі причину, хоча причина може бути недостатньою для пояснення порушення, яке слідує за нею. Аналогічно, наявність порушення завжди указує на присутність функціонального або структурного розладу організму, але вона може бути викликана будь-яким захворюванням, розладом або фізіологічним станом. Вони не є обов'язковою ознакою хвороби і не означають, що інвалід повинен вважатися хворим.

Порушення можуть бути тимчасовими або постійними; що прогресують, регресують або стабільними; переміжними або безперервними. Відхилення від норми популяції може бути незначним або вираженим, а його ступінь з часом може мінятися в ту або іншу сторону. Ці характеристики в подальшому представлені у вигляді кодів визначників, розташованих після розділової крапки.

Порушення ширше і більш масштабне, ніж розлади або хвороби; наприклад, втрата кінцівки – це порушення структури організму, але не розлад або хвороба. Таке розуміння терміну «порушення» є основою концепції МКФ, яка розглядає статус інваліда з позицій здоров'я, а не хвороби, на користь орієнтації на потенціал здоров'я.

Термін «обмеження життєдіяльності» застосовується як узагальнюючий. Він позначає системне явище, що характеризує взаємодію між людьми і їх фізичним і соціальним оточенням.

Обмеження життєдіяльності є наслідком не тільки зміни здоров'я і порушень, але і обмежень в результаті бар'єрів навколишнього середовища. Це положення принципово важливе для трактування поняття «інвалідність» і у визначенні напрямів профілактики і реабілітації. Наявність бар'єрів навколишнього середовища може бути вирішальним чинником у формуванні

інвалідності, а зняття бар'єрів – привести до попередження інвалідності або реабілітації при одній і тій же зміні здоров'я. Тобто, ще раз слід підкреслити, що: **у МКФ обмеження життєдіяльності не є показником здоров'я, а показником, пов'язаним із здоров'ям.** Обмеження життєдіяльності відноситься до всіх обмежень активності і обмежень можливості, пов'язаних із здоров'ям.

**Таким чином, терміном «обмеження життєдіяльності», позначається ширше поняття, що включає поняття, які позначаються термінами «активність» і «участь».**

**Активність** – це виконання завдань і/або дій індивідом. Вона представляє індивідуальну сторону функціонування. Можливі обмеження активності. Це труднощі в здійсненні активності, які може випробувати інвалід, долаючи індивідуальні порушення функціонування (порушення структур і функцій). Обмеження активності може варіювати від легкого до важкого, якісного або кількісного відхилення у виконанні активності, як за формою, так і за величиною порівняно з людьми без зміни здоров'я.

**Участь** – це залучення індивіда до життєвої ситуації, що складається в зовнішніх умовах, полегшених або лімітуючих функціонування і життєдіяльність. Воно представляє соціальні сторони функціонування. Можуть бути обмеження можливості участі. Це проблеми, які може випробувувати індивід при залученні до життєвих ситуацій, долаючи бар'єри навколишнього середовища, зовнішніх природних або культурних умов. Наявність обмежень можливості участі визначається шляхом порівняння за участю індивіда без обмеження життєдіяльності в даній культурі або суспільстві. Обмеження участі веде до того, що в Міжнародній класифікації наслідків захворювання позначалося терміном «соціальна недостатність».

Домени для складової «активність і участь» охоплюють всі сфери життя від базисних навичок навчання до міжособистісних взаємодій і життя в співтовариствах. Домени цієї складової класифікуються двома визначниками: реалізація і потенційна здатність (капацитет), що може розглядатися як процес і результат (таблиця 11.).

Таблиця 11. Активність і участь: інформаційна панель

Домени		Визначники	
		Реалізація	Потенційна здатність
d1	Навчання і застосування знань		
d2	Загальні завдання і вимоги		
d3	Спілкування		
d4	Мобільність		
d5	Самообслуговування		
d6	Побутове життя		
d7	Міжособистісні взаємодії і спілкування		
d8	Головні сфери життя		
d9	Життя в співтовариствах, суспільне і цивільне життя		

Визначник **реалізація** встановлює, що робить індивід в умовах реального оточуючого його середовища. Оскільки реальне навколишнє середовище включає соціальний контекст, реалізація може розумітися як «залучення до життєвої ситуації» або «життєвого досвіду» людини в актуальних умовах, в яких він живе. Ці умови включають навколишні чинники: всі аспекти фізичного, соціального середовища, миру відносин і установок, які можна кодувати з використанням складової «чинники навколишнього середовища».

Визначник **потенційна здатність (капацитет)** встановлює здатність індивіда виконувати, або справлятися з яким-небудь завданням або дією. Цей параметр призначений для віддзеркалення найбільш високого рівня граничного функціонування, якого може досягти індивід в даному домені і в даний момент.

Отже, активність і участь через домени «пов'язані із здоров'ям» – реалізація і потенційна здатність – можуть виступати моделлю обмежень життєдіяльності, тобто вони являють собою важливі складові експертного висновку.

Докладніше роз'яснення поняття «Потенційна здатність» приводиться в МКФ.

Таким чином, в частині 1 функціонування, що становлять, і обмеження можливостей, можуть бути виражені двома способами: по-перше, вони можуть відображати проблеми (наприклад, порушення, обмеження активності або можливості участі, позначені загальним терміном «обмеження життєдіяльності», по-друге, вони можуть відображати не проблемні (тобто нейтральні) аспекти здоров'я і зв'язок із здоров'ям станів, які позначені загальним терміном «функціонування». Ці складові функціонування і обмеження життєдіяльності розкриваються за допомогою чотирьох окремих, але взаємозв'язаних параметрів (див. таблицю 3.) (МКФ).

Друга частина МКФ називається «Контекстні чинники» і включає також дві складові: «чинники навколишнього середовища» і «особистісні чинники».

**Наявність контекстних чинників є істотною відмінністю МКФ від МКП.**

Самі по собі контекстні чинники – дають уявлення про повну обстановку, в якій живе і існує індивід. Вони включають чинники навколишнього середовища і особистісні чинники, які можуть впливати на індивіда із зміною здоров'я, на показники здоров'я (стан функцій і структур організму) і показники, пов'язані із здоров'ям цього індивіда (його активність і участь в реальній життєвій ситуації).

Чинники навколишнього середовища створюють ту фізичну і соціальну обстановку, середовище відносин і установок, де люди живуть і проводять свій час.

Ці чинники є зовнішніми по відношенню до індивіда і можуть справити позитивний або негативний вплив на реалізацію індивіда в суспільстві, потенційну здатність індивіда або на функції і структуру організму індивіда.

Чинники навколишнього середовища представлені в класифікації так, щоб сфокусувати увагу на двох різних рівнях:

**а) Індивіда** – в безпосередньому оточенні індивіда, що охоплює домашню обстановку, місце роботи, школу. Цей рівень включає фізичні і матеріальні особливості навколишнього середовища, з яким індивід стикається, а також прями

контакти з іншими людьми, тобто в сім'ї, із знайомими, однолітками, сторонніми.

**б) Суспільства** – формальні і неформальні соціальні структури, служби, загальні установки і системи в співтоваристві або сфері культури, які впливають на людей. Цей рівень включає організації і служби, що відносяться до праці, діяльності в співтовариствах, до урядових установ, транспортних і комунікаційних служб, недержавних соціальних структур, а також закони, ухвали, офіційні і неофіційні правила, зв'язки і ідеології.

Чинники навколишнього середовища взаємодіють з такими складовими як: функції і структури організму, активність і участь. Для кожної складової суть і ступінь цієї взаємодії можуть бути детально розроблені в ході майбутніх наукових досліджень. **Обмеження життєдіяльності характеризуються як наслідки або результат складних взаємин між змінами здоров'я індивіда, особистісними чинниками і зовнішніми чинниками, що представляють умови, в яких індивід живе.** В результаті цих взаємин різні навколишні чинники можуть робити різний вплив на одного і того ж індивіда з певною зміною здоров'я. Навколишнє середовище з бар'єрами і без полегшуючих чинників обмежуватиме можливість реалізації індивіда, середовище ж з полегшуючими чинниками може, навпаки, сприяти цій реалізації.

У МКФ чинники навколишнього середовища представлені широким спектром:

- Продукція і технології, зокрема вироби для особистого повсякденного використання, для персонального пересування і перевезення всередині і поза приміщеннями, для персонального споживання, засобу технології комунікації, виробу і технології для праці і зайнятості, для культурного дозвілля, відпочинку і спорту і ін.

- Природне оточення і зміна навколишнього середовища, здійснювана людиною. Враховуються фізична географія, населення, флора і фауна, клімат, світло, звук та інші.

- Підтримка і взаємозв'язки. Забезпечення практичної фізичної або емоційної підтримки, допомоги у взаєминах з іншими людьми, в своєму будинку, на робочому місці, в школі, в іграх або в інших аспектах щоденної діяльності.

- Установка. Є видимим результатом звичаїв, правил, ідеології, цінностей, норм, релігії і інших переконань. Впливає на індивідуальну поведінку і соціальне життя на всіх рівнях відносин, від міжособистісних і відносин в співтоваристві до політичних, економічних і юридичних відносин.

- Служби, адміністративні системи і політика. Це важливі складові соціального захисту інвалідів. Цей розділ класифікації містить вичерпний перелік і трактування різних служб, адміністративних систем і політики.

**Особистісні чинники** – це індивідуальні характеристики, з якими живе і існує індивід, що складаються з рис індивіда, що не є частиною зміни здоров'я або показників здоров'я. Вони можуть включати стать, расу, вік, інші зміни здоров'я, тренуваність, стиль життя, звички, виховання, соціальне оточення, освіту, професію, минулий і поточний життєвий досвід (події у минулому і в сьогоденні), тип особи і характеру, схильності, інші характеристики, з яких всі або деякі можуть впливати на обмеження життєдіяльності на будь-якому рівні.

Особистісні чинники в МКФ хоч і виділені як клас чинників, що визначають здоров'я, проте не розшифровані, не деталізовані і в даний час в оцінці здоров'я і хвороби по даній класифікації не застосовуються. Проте, вони включені в схему структури МКФ, щоб відзначити той важливий внесок, який впливає на кінцевий результат оцінки здоров'я і хвороби, різних лікувальних і реабілітаційних втручань.

Нижче представлена схема біопсихосоціальної моделі ВООЗ, яка дозволяє краще зрозуміти взаємодії всіх вхідних в МКФ компонентів (рис. 8).

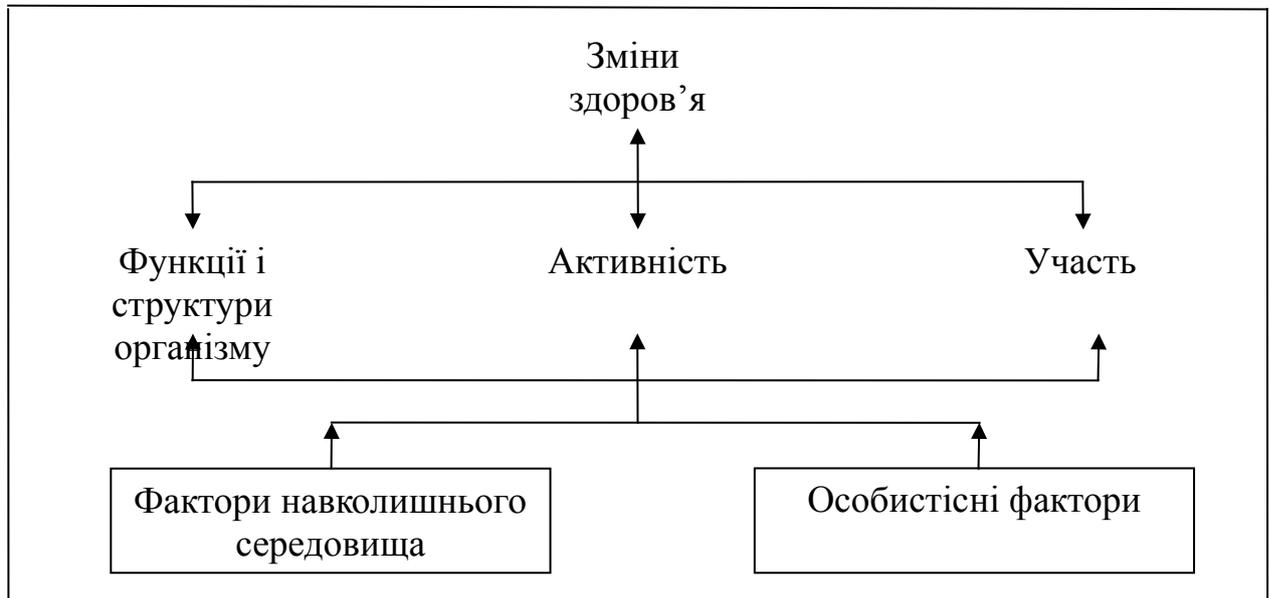


Рис. 8. Схема взаємодії між складовими МКФ

Схема демонструє безліч взаємодій між змінами здоров'я і обмеженнями структури/функції, які настали, активності і участі і контекстними чинниками (чинники навколишнього середовища і особистісні чинники). Тобто, функціонування індивіда представлене як взаємодія або складні відносини між зміною здоров'я і контекстними чинниками. При цьому взаємодія виявляється в двох напрямках: не тільки порушення здоров'я може приводити до обмеження життєдіяльності, але і обмеження життєдіяльності саме по собі здатне модифікувати зміни здоров'я. Враховуючи той факт, що МКФ розглядає поняття «Функціональне здоров'я» як функціонування з обов'язковим обліком особистісних чинників і чинників навколишнього середовища, то абсолютно очевидним стає вплив змін здоров'я індивіда на його функціональне здоров'я.

Здоров'я доцільно відновити з урахуванням складових. Наприклад, у індивіда можуть бути:

- порушення без зниження потенційної здатності без очевидних порушень;
- проблеми реалізації або зниження потенційної здатності без очевидних порушень;
- проблеми реалізації без порушень і зниження потенційної здатності;
- зниження потенційної здатності за відсутності сторонньої допомоги, але без наявності проблем реалізації в реальному навколишньому середовищі зважаючи на оснащеність технічними допоміжними засобами;
- вплив контекстних чинників у напрямку обмеження життєдіяльності.

Для розуміння суті науково-технічних, методологічних основ медико-соціальної експертизи і реабілітації (через поняття «Обмеження життєдіяльності» і «функціонування») важливе об'єднання двох концептуальних поглядів на здоров'я і його порушення. Це відображено в науковій полеміці «медичної моделі» проти «соціальної моделі».

Медична модель розглядає обмеження життєдіяльності як персональну проблему, викликану безпосередньо хворобою, травмою або іншою зміною здоров'я, яка вимагає медичної допомоги у вигляді індивідуального лікування, що проводиться професіоналами. Контроль обмежень життєдіяльності є метою лікування або пристосування і зміни поведінки індивіда. Медична допомога розглядається як основний вихід з положення.

Тобто, інвалідність розглядається як первинна проблема, викликана безпосередньо хворобою, травмою або фізичними змінами здоров'я. Тому, медична допомога, доступність лікування і реабілітації, якість надання допомоги є основоположним аспектом.

Соціальна модель обмежень життєдіяльності розглядає це питання як соціальну проблему і головним чином як питання повної інтеграції індивіда в суспільство.

Тобто, соціальна модель розглядає захист інваліда з позиції захисту прав людини (соціальний і політичний аспект).

Обмеження життєдіяльності, таким чином, є поняттям комплексного поєднання умов, як індивідуальних так і соціальних, таких, що вимагають відповідно соціальних рішень і що припускають багато в чому колективну відповідальність суспільства за проведення таких змін навколишнього середовища, які забезпечать повноцінну участь осіб з обмеженнями життєдіяльності у всіх сферах суспільного життя.

Тобто, «обмеження життєдіяльності» ширша медико-соціальна категорія, ніж інвалідність. Інваліди складають тільки частину осіб з обмеженнями життєдіяльності і не всі особи з обмеженнями життєдіяльності є інвалідами.

МКФ, базуючись на інтеграції «медичної моделі» і «соціальної моделі» намагається досягти синтезу різних сторін функціонування індивіда, ґрунтуючись на біопсихосоціальній моделі з тим, щоб забезпечити узгоджений погляд на різні сторони здоров'я з біологічною, особистісною і соціальною позицією.

Виходячи з вищевикладеного процес формування інвалідності відповідно до МКФ можна представити таким чином (рис. 9).



Рис. 9. Процес формування інвалідності відповідно до МКФ (за А.В.Іпатовим і ін., 2004)

### **Про використання Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності і здоров'я на практиці**

МКФ – це класифікація функціонування і обмежень життєдіяльності людини. Вона системно групує домени здоров'я і домени, пов'язані із здоров'ям, розташовуючи їх в певному смислового порядку. При цьому сама класифікація побудована відповідно до ряду принципів:

- Складові функції і структури організму, активність і участь, а так само чинники навколишнього середовища класифіковані незалежно один від одного. Терміни однієї складової не повторюються в іншій.

- В межах кожної складової категорії розташовані за типом «розгалуженого дерева» так, щоб категорії нижчого рівня несли ознаки категорій вищого рівня, до яких вони відносяться.

- Категорії не повинні повторювати одна одну, тобто на одному рівні відсутні категорії з одними і тими ж ознаками. Проте це зовсім не означає, що для характеристики функціонування індивіда використовується більш ніж одна категорія. Така практика допустима і вітається там, де необхідно.

Ці принципи мають на увазі певну ієрархію в класифікації, тобто певний порядок рівнів. Проте, деякі категорії МКФ збудовані не в ранговому, ієрархічному порядку, а без строгого підпорядкування, як рівні члени її гілок.

Приводимо структурні ознаки МКФ, які допоможуть на практиці застосовувати класифікацію (згідно офіційному виданню «Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності і здоров'я, ВООЗ, Женева, 2001):

1. МКФ дає стандартні робочі визначення доменів здоров'я і доменів, пов'язаних із здоров'ям, на протипагу «загальноновживаним» визначенням здоров'я. Ці визначення описують невід'ємні властивості кожного домену (наприклад, якості, властивості і взаємини) і містять інформацію про те, що включене і що виключене з кожного домену. Визначення містять традиційно використовувані фіксовані пункти для оцінки, тому вони можуть бути переведені в опитувальник. З іншого боку, результати існуючих оціночних методик можуть бути кодовані в термінах МКФ. Наприклад, «функція зору» визначається термінами функцій сприйняття форми і контуру з різних відстаней, так що вираженість утруднень зору може кодуватися як легка, помірна, виражена і абсолютна відносно цих параметрів.

2. МКФ використовує літерну-цифрову систему, в якій букви **-b, s, d, e**, використовуються для позначення функцій (**b**) і структур (**s**) організму, активності і участі (**d**) і чинників навколишнього середовища (**e**). На розсуд користувача, приставка **d** може бути замінена на **a** або **p** для позначення активності і участі, відповідно. За цими буквами слідує числовий код, який починається з номера розділу (одна цифра), за яким слідує позначення другого рівня (дві подальші цифри), третього і четвертого рівня (по одній цифрі кожен).

Наприклад, є наступні коди класифікації функцій організму:

b2	Сенсорні функції і біль	(позначення першого рівня)
b210	Функції зору	(позначення другого рівня)
b2102	Якість зору	(позначення третього рівня)
b21022	Контрастна чутливість	(позначення четвертого рівня)

Залежно від потреб користувача, на кожному рівні може використовуватися будь-яке число відповідних кодів. Для опису ситуації індивіда на кожному рівні може бути прийнятним використання більш одного коду. Коди можуть бути незалежними або взаємозв'язаними.

3. Категорії МКФ згруповані таким чином, що загальні категорії включають більш деталізовані споріднені підкатегорії (наприклад, розділ 4 активність, що становить, і участь, що відноситься до мобільності, включає окремі категорії: положення стоячи і сидячи, ходьбу, перенесення вантажів і т.д.). Коротка (стисла) версія охоплює два рівні, тоді як повна (деталізована) версія розширена до чотирьох рівнів. Коди короткої і повної версій знаходяться у відповідності по відношенню один до одного, і коротка версія може бути складена з повної версії.

4. Будь-який індивід може мати ряд кодів на кожному рівні. Вони можуть бути незалежними або взаємозв'язаними.

5. Коди МКФ набувають закінчений вигляд тільки тоді, коли присутній визначник, який відмічає величину рівня здоров'я (наприклад, вираженість проблеми). Визначники кодуються однією, двома або великою кількістю цифр після розділової крапки. Використання будь-якого коду повинне супроводжуватися застосуванням хоч би одного визначника. Коди втрачають сенс, якщо вони використовуються без визначників.

6. Перший визначник для функцій і структур організму, визначники реалізації і потенційної здатності для активності і участі, а також перший

визначник для чинників навколишнього середовища відображають ступінь вираженості проблем в представлених складових.

7. Всі три складові, що класифікуються в МКФ (функції і структури організму, активність і участь і чинники навколишнього середовища) вимірюються за допомогою єдиної шкали. Залежно від складової, наявність проблеми може означати порушення, обмеження або обмеження можливості, перешкоду. До відповідного домену класифікації повинні підбиратися відповідні визначальні слова, вказані нижче в дужках (знак xxx стоїть замість коду доменів другого рівня):

<b>xxx.0</b>	НЕМАЄ проблем (ніяких, відсутні, нікчемні...)	0-4%
<b>xxx.1</b>	НЕЗНАЧНІ проблеми (незначні, слабкі...)	5-24%
<b>xxx.2</b>	ПОМІРНІ проблеми (середні, значущі...)	25-49%
<b>xxx.3</b>	ВАЖКІ проблеми (високі, інтенсивні...)	50-95%
<b>xxx.4</b>	АБСОЛЮТНІ проблеми (повні...)	96-100%
<b>xxx.8</b>	не визначено	
<b>xxx.9</b>	не застосовано	

8. У випадку з чинниками навколишнього середовища перший визначник може бути використаний для позначення або міри позитивних впливів навколишніх чинників, тобто полегшуючих чинників, або міри негативних впливів, тобто бар'єрів. Для того і іншого може бути використана одна шкала 0-4, але при позначенні полегшуючих чинників точка десяткового дробу замінюється знаком плюс (+): наприклад, e110+2. Чинники навколишнього середовища можуть кодуватися: а) окремо по відношенню до кожної складової, або б) повністю поза зв'язком з окремою складовою. Перший варіант має переваги, оскільки ідентифікує дії і ознаки точніше.

9. В процесі кодування окремих пунктів різним користувачем може бути необхідним і корисним додавання іншого роду інформації. Існує багато потенційно прийнятних додаткових визначників. Таблиця 12 описує і висловлює деталі визначників для кожної складової, а також дає роз'яснення по створенню додаткових визначників.

Таблиця 12. Визначники

Складові	Перший визначник	Другий визначник
<b>Функції організму (b)</b>	Загальний визначник з негативною шкалою для позначення величини і вираженості порушення Приклад: b168.3 означає важке порушення специфічних розумових функцій мови	Відсутній
<b>Структура організму (s)</b>	Загальний визначник з негативною шкалою для позначення величини і вираженості порушення Приклад: s730.3 означає важке порушення структури верхньої кінцівки	Використовується для позначення характеру змін відповідної структури організму: 0 немає змін структури 1 повна відсутність 2 часткова відсутність 3 додаткова частина 4 абберантне відхилення

		5 порушення цілісності 6 зміна позиції 7 якісні зміни структури, включаючи затримку рідини 8 не визначено 9 не застосовано Приклад: S730.32 означає часткову відсутність верхньої кінцівки
<b>Активність і участь (d)</b>	Реалізація Загальний визначник Проблеми індивіда в реальних умовах навколишнього середовища 5101.1_ означає помірні труднощі при митті всього тіла, з використанням допоміжного устаткування, яке доступне індивідові в його реальному оточенні	Потенційна здатність (капаситет) Загальний визначник Зниження без допомоги Приклад: d5101._2 означає помірні труднощі при митті всього тіла, і те, що ці помірні труднощі виникають у разі відсутності сторонньої допомоги або допоміжного устаткування
<b>Чинники навколишнього середовища (e)</b>	Загальний визначник з негативною і позитивною шкалами, що означають ступінь вираженості бар'єрів або полегшуючих чинників, відповідно Приклад: e130.2 означає, що дані виробни для навчання є помірним бар'єром. Навпаки, e130+2 означатиме, що виробни для навчання є помірним полегшуючим чинником	Відсутній

10. Описи доменів здоров'я і доменів, пов'язаних із здоров'ям, відносяться до даного конкретного моменту, тобто це моментальна фіксація побаченого. Проте, їх багаторазове використання в часі дає можливість характеризувати траєкторію розгортання процесу в часі і по суті.

11. У МКФ показники здоров'я і показники, пов'язані із здоров'ям індивіда, представлені ранжируемими кодами, які включаються в дві частини класифікації. Для індивіда максимальне число кодів на першому рівні може досягти 34 (наприклад, 8-функції організму, 8-структури організму, 9-реалізація, 9-потенційна здатність). Аналогічно, при оцінці індивіда на двох рівнях число кодів зростає до 362. При подальшій деталізації число кодів складає 1424. У реальному житті, в якому використовуватиметься МКФ, щоб адекватно оцінити ситуацію до другого (три цифри) рівня деталізації, знадобиться від 3 до 18 кодів. Зазвичай докладніша 4-рівнева версія використовується при спеціальних дослідженнях (наприклад, при вивченні ефективності реабілітації, в геріатрії), тоді як 2-рівнева класифікація може використовуватися при епідеміологічному моніторингу і оцінці ефективності втручань.

## Висновок

Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності і здоров'я (МКФ) має велике науково-практичне значення, оскільки дозволяє з сучасних позицій підходити до питань не тільки здоров'я людини, але і навколишнього його середовища проживання і спілкування, допомагає правильно оцінити реабілітаційний потенціал індивідуума і необхідність його реабілітації, визначає правильні експертні підходи у вирішенні проблем інвалідності конкретної людини.

Слід враховувати, що надання реабілітаційної допомоги – поняття багатогранне і комплексне, таке, що передбачає проведення реабілітанту заходів не тільки медичного, але і професійного, соціального плану для максимальної ліквідації наслідків хвороби і соціальної інтеграції (реінтеграції) його в суспільство.

У офіційному виданні МКФ підкреслюється, що дана класифікація великою мірою залежить від її практичної вигоди: широти охоплення, з якою вона може служити як вимірник стану служб охорони здоров'я за допомогою показників, заснованих на споживчій оцінці ефективності; ступеню, з яким вона застосовна для проведення міжнародних порівнянь між культурами, для уточнення потреб, джерел планування і досліджень. МКФ безпосередньо не є засобом політики. Проте її використання вносить позитивний внесок для визначення політики, забезпечуючи інформацією, яка допомагає визначити курс охорони здоров'я, забезпечувати рівні можливості для всіх людей і підтримувати боротьбу проти дискримінації із-за обмежень життєдіяльності.

На закінчення необхідно ще раз повторити декілька особливо важливих окремих положень МКФ:

- На відміну від «Міжнародної номенклатури порушень, обмежень життєдіяльності і соціальної недостатності» в МКФ не робиться припущень відносно причинно-наслідкового зв'язку між її компонентами; замість концепції «наслідків хвороби» в ній застосовується «компонентний» підхід до функціонування людини. Функціонування є загальним терміном для констатації позитивного або нейтралізуючого аспекту функцій організму, активності і участі.

Тобто, замість класифікації «наслідків хвороби» (концептуальній позиції ICDH МКН 1980г.) введена класифікація «складових здоров'я».

- Термін «обмеження життєдіяльності» розуміється як узагальнюючий. Він відноситься до всіх порушень, обмежень активності і можливості участі. Даний термін позначає біосоціальне явище, що характеризує взаємодію між людьми, їх фізичним і соціальним оточенням. Іншими словами він позначає негативні аспекти взаємодії між людиною із зміненним здоров'ям і його контекстними чинниками (особистісними і навколишнього середовища);

- Біопсихосоціальна модель не тільки забезпечила узгоджений погляд на здоров'я з біологічної, особистісної і соціальної позицій, але і об'єднала дві взаємодіючі моделі (медичну і соціальну), послуживши основою створення не тільки МКН, але і МКФ;

У МКФ були введені критерії впливу особистісних і контекстних чинників навколишнього середовища у всіх їх проявах. Було введено визначення складових

здоров'я і деяких пов'язаних із здоров'ям складових благополуччя, таких, наприклад, як освіта і праця (WHO: ICF, 2001). Крім того, перелік чинників навколишнього середовища і особистісних чинників розглядається у взаємодії зі всіма цими категоріями.

- Порушення можуть бути тимчасовими або постійними; що прогресують, регресують або стабільними; переміжними або безперервними. Відхилення від норми популяції може бути незначним або вираженим, а його ступінь з часом може мінятися в той або інший бік.

- Термін «соціальна недостатність» в МКФ змінений на поняття бар'єри (недоступність соціальної допомоги, відсутність заходів соціального захисту і т.д.), які підлягають усуненню на рівні державного планування і виконання соціального замовлення. Як такий, термін «соціальна недостатність виключений з МКФ, унаслідок його «принизливого» значення.

МКФ дозволяє оцінити функціональне здоров'я індивіда з біологічної, психологічної, соціальної і особистісної точок зору. Спільно з Міжнародною класифікацією хвороб (МКХ 10-го перегляду) МКФ складає «сім'ю» класифікацій, що дозволяють характеризувати вплив порушень структур або функцій організму, які виявляються у індивіда, на його активність, функціонування і участь в житті суспільства. Тобто, в моделі МКФ в процесі інвалідності враховується роль зовнішнього середовища.

- МКФ має велике значення для формування нової концепції інвалідності, розробки законодавчих документів, що визначають державну політику в області соціального захисту інвалідів.

У офіційному виданні МКФ мовиться, що вона «належить всім, хто її використовує. Це єдиний документ прийнятий на міжнародній основі. Вона служить для того, щоб отримати більше інформації, що стосується таких явищ як обмеження життєдіяльності і функціонування, і досягти широкого міжнародного консенсусу. Для досягнення визнання численними національними і інтернаціональними співтовариствами ВООЗ прийматиме всі зусилля, щоб зробити її зручною для користувачів і зіставно з процесами стандартизації, які покладені в основу Міжнародної Організації Стандартів.

# СКОРОЧЕНА ВЕРСІЯ МІЖНАРОДНОЇ КЛАСИФІКАЦІЇ ФУНКЦІОНУВАННЯ, ОБМЕЖЕНЬ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ І ЗДОРОВ'Я (МКФ - ICF) ФУНКЦІЇ ОРГАНІЗМУ

## Розділ 1. Ментальні функції

- b 110 - Функції свідомості
- b 117 - Функції інтелекту
- b 126 - Функції темпераменту і особистісні функції
- b 130 - Вольові і спонукальні функції
- b 134 - Функції сну
- b 140 - Функції уваги
- b 144 - Функції пам'яті
- b 147 - Психомоторні функції
- b 152 - Функції емоцій
- b 156 - Функції сприйняття
- b 160 - Функції мислення
- b 167 - Функції мови
- b 172 - Функції обчислення
- b 198 - Інші ментальні функції

## Розділ 2. Функції органів чуття і біль

- Зір і пов'язані з ним функції
- V 210 - Функції зору
- V 215 - Функції структур, що примикають до ока
- V 220 - Відчуття, що відносяться до функції ока і структур, що примикають до нього
- V 229 - Інші функції органів зору
  - Функції вуха і вестибулярних органів
- V 230 - Функції слуху
- V 235 - Вестибулярні функції
- V 240 - Відчуття, пов'язані зі слухом і вестибулярними функціями
- V 249 - Інші функції слуху і вестибулярні функції
  - Інші функції органів чуття
- V 250 - Функція сприйняття смаку
- У 255 - Функція нюху
- V 260 - Пропріоцептивна функція
- V 265 - Функція дотику
- V 270 - Сенсорні функції, пов'язані з температурою та іншими подразниками
- V 279 - Інші функції органів чуття
  - Біль
- V 280 - Відчуття болю
- V 289 - Інші специфічні або неспецифічні види болю

## Розділ 3. Функції голосу і мови

- V 310 - Функції голосу
- V 320 - Функції артикуляції

- В 330 - Функції плавності і ритмічності мови
- В 340 - Альтернативні функції мови
- В 398 - Інші функції голосу і мови

#### **Розділ 4. Функції серцево-судинної системи, системи крові та імунної і дихальної систем**

- Функції серцево-судинної системи
- В 410 - Функції серця
- В 415 - Функції судин
- В 420 - Функції артеріального тиску
- В 429 - Інші специфічні або неспецифічні функції серцево-судинної системи
- Функції системи крові і імунної системи
- В 430 - Функції системи крові
- В 435 - Функції імунної системи
- В 439 - Інші специфічні або неспецифічні функції системи крові та імунної системи
- Функції дихальної системи
- В 440 - Функції дихання
- В 445 - Функції дихальних м'язів
- В 449 - Інші специфічні або неспецифічні дихальні функції

#### **Розділ 5. Функції травної, ендокринної систем і метаболізму**

- Функції, пов'язані з травною системою
- В 510 - Функції прийому їжі
- В 515 - Функції травлення
- В 520 - Функції асиміляції
- В 525 - Функції дефекації
- В 530 - Функції збереження маси
- В 535 - Відчуття, пов'язані з травною системою
- В 539 - Інші специфічні або неспецифічні функції, пов'язані з травною системою
- Функції, що відносяться до метаболізму і ендокринної системи
- В 540, - Загальні метаболічні функції
- В 545 - Функції водного, мінерального і електролітного обміну
- В 550 - Функції терморегуляції
- В 555 - Функції ендокринних залоз
- В 559 - Інші специфічні або неспецифічні функції, що відносяться до метаболізму і ендокринної системи

#### **Розділ 6. Функції уrogenітальної і репродуктивної систем**

- Функції сечоутворення і сечовиділення
- в 610 - Функції сечоутворення
- в 620 - Функції сечовиділення
- в 630 - Відчуття, пов'язані з функціями сечоутворення і сечовиділення
- в 639 - Інші специфічні або неспецифічні функції, пов'язані з сечоутворення і сечовиділенням
- Статеві і репродуктивні функції

- b 640 - Сексуальні функції
- b 650 - Функції менструального циклу
- b 660 - Репродуктивні функції
- b 670 - Відчуття, пов'язані із статевою і репродуктивною функціями
- b 679 - Інші специфічні або неспецифічні функції, пов'язані з статевою і репродуктивною функціями

### **Розділ 7. Нейром'язові і скелетні пов'язані з рухом функції**

- Функції кісток і суглобів
- b 710 - Функції рухливості суглобів
- b 715 - Функції стабільності суглобів
- b 720 - Функції рухливості кісток
  - Функції м'язів
- b 730 - Функції м'язової сили
- b 735 - Функції м'язового тону
- b 740 - Функції м'язової витривалості
- b 749 - Інші специфічні або неспецифічні функції м'язів
  - Рухові функції
- b 750 - Моторно-рефлекторні функції
- b 755 - Функції мимовільної рухової реакції
- b 760 - Функції контролю довільних рухів
- b 765 - Функції мимовільних рухів
- b 770 - Функції рухових стереотипів при ходьбі
- b 780 - Відчуття, пов'язані з функцією м'язового руху
- b 789 - Інші специфічні або неспецифічні рухові функції

### **Розділ 8. Функції шкіри і пов'язаних з нею структур**

- Функції шкіри
- B 810 - Захисні функції шкіри
- B 820 - Репаративні функції шкіри
- B 830 - Інші функції шкіри
- B 840 - Відчуття, пов'язані з функцією шкіри
- B 849 - Інші специфічні або неспецифічні функції шкіри
  - Функції волосся і нігтів
- B 850 - Функції волосся
- B 860 - Функції нігтів
- B 869 - Інші специфічні або неспецифічні функції волосся і нігтів

## **СТРУКТУРИ ОРГАНІЗМУ**

### **Розділ 1. Структури нервової системи**

- s ПО - Структура головного мозку
- s 120 - Структура спинного мозку і суміжні структури
- s 130 - Структура мозкових оболонок
- s 140 - Структура симпатичної нервової системи
- s 150 - Структура парасимпатичної нервової системи
- s 198 - Інші специфічні структури нервової системи

## **Розділ 2. Очі, вуха і суміжні структури**

- s210 - Структура очної ямки
- s 220 - Структура очного яблука
- s 230 - Навколоочні структури
- s 240 - Структура зовнішнього вуха
- s 250 - Структура середнього вуха
- s 260 - Структура внутрішнього вуха
- s298 - Інші суміжні специфічні структури очей і вух

## **Розділ 3. Структури голосового і мовного апарату**

- s 310 - Структура носа
- s 320 - Структура рота
- s 330 - Структура глотки
- s 340 - Структура гортані
- s 398 - Інші суміжні специфічні структури голосового і мовного апарату

## **Розділ 4. Структури серцево-судинної, імунної і дихальних систем**

- s 410 - Структура серцево-судинної системи
- s 420 - Структура імунної системи
- s 430 - Структура дихальної системи
- s 498 - Інші суміжні специфічні структури серцево-судинної, імунної і дихальних систем

## **Розділ 5. Структури, що відносяться до травної системи, метаболізму і ендокринної системи**

- s 510 - Структура слинних залоз
- s 520 - Структура стравоходу
- s 530 - Структура шлунку
- s 540 - Структура кишечника
- s 550 - Структура підшлункової залози
- s 560 - Структура печінки
- s 570 - Структура жовчного міхура і жовчовивідних шляхів
- s 580 - Структура ендокринних залоз
- s 598 - Інші суміжні специфічні структури, що відносяться до травної системи, метаболізму і ендокринної системи

## **Розділ 6. Структури уrogenітальної і репродуктивної систем**

- s 610 - Структура сечовидільної системи
- s 620 - Структура малого тазу
- s 630 - Структура статевих органів
- s 698 - Інші специфічні структури, пов'язані з уrogenітальною і репродуктивною системами

## **Розділ 7. Структури рухового апарату**

- s 710 - Структура голови і шиї

- s 720 - Структура плечового поясу
- s 730 - Структура верхньої кінцівки
- s 740 - Структура тазової області
- s 750 - Структура нижньої кінцівки
- s 760 - Структура тулуба
- s 770 - Інші суміжні структури рухового апарату
- s 798 - Інші специфічні структури, пов'язані з руховою системою

### **Розділ 8. Шкіра і структури, що відносяться до неї**

- s 810 - Структура шкіри
- s 820 - Структура залоз шкіри
- s 830 - Структура нігтів
- s 840 - Структура волосся
- s 898 - Інші специфічні структури шкіри

## **АКТИВНІСТЬ І УЧАСТЬ**

### **Розділ 1. Навчання і використання отриманих знань**

- Усвідомлене чуттєве сприйняття
- d 110 - Використання зору
- d 115 - Використання слуху
- d 120 - Інші усвідомлені чуттєві сприйняття
- d 129 - Інші специфічні або неспецифічні усвідомлені чутливі сприйняття
  - Базисні навички при навчанні
- d130 - Копіювання
- d 135 - Повторення
- d 140 - Засвоєння навичок читання
- d 145 - Засвоєння навичок написання
- d 150 - Засвоєння навичок рахунку
- d 155 - Придбання практичних навичок
- d 159 - Інше специфічне або неспецифічне елементарне навчання
  - Використання отриманих знань
- d 160 - Концентрація уваги
- d 163 - Мислення
- d 166 - Читання
- d 170 - Написання
- d 172 - Обчислення
- d 175 - Вирішення проблем
- d 177 - Прийняття рішень
- d 179 - Інше специфічне або неспецифічне використання отриманих знань

### **Розділ 2. Загальні завдання і вимоги**

- d 210 - Виконання одного завдання
- d 220 - Виконання багатопланових завдань
- d 230 - Виконання повсякденного розпорядку
- d 240 - Подолання стресу і інших психологічних навантажень
- d 298 - Інша специфіка загальних завдань і вимог

### **Розділ 3. Спілкування**

- Спілкування в ролі слухача
- d 310 - Сприйняття усних повідомлень при спілкуванні
- d 315 - Сприйняття повідомлень при невербальному способі спілкування
- d 320 - Сприйняття повідомлень на мові формальних символів при спілкуванні
- d 325 - Сприйняття письмових повідомлень при спілкуванні
- d 329 - Інше специфічне або неспецифічне спілкування в ролі
  - Участь в спілкуванні в ролі розповідача
- d 330 - Мова
- d 335 - Складання і передача повідомлень в невербальній формі
- d 340 - Складання і передача повідомлень на мові формальних символів
- d 345 - Письмове спілкування
- d 349 - Інше специфічне або неспецифічне спілкування в ролі розповідача
  - Участь в спілкуванні і застосування технічних засобів для спілкування
- d 350 - Розмова
- d 355 - Дискусія
- d 360 - Використання технічних засобів для спілкування
- d 369 - Інша специфічна або неспецифічна участь в бесіді і застосування технічних засобів для спілкування

### **Розділ 4. Мобільність**

- Зміна і збереження положення тіла
- d 410 - Зміна пози
- d 415 - Збереження положення тіла
- d 420 - Здатність до переміщення
- d 429 - Інша специфічна або неспецифічна здібність до зміни і збереження положення тіла
  - Користування предметами, переміщення і пересування предметів
- d 430 - Підняття і переміщення предметів
- d 435 - Пересування предметів за допомогою нижніх кінцівок
- d 440 - Здатність до виконання точних рухів кистю
- d 445 - Використання кисті і руки
- d 449 - Інша специфічна або неспецифічна здатність до користування предметами, переміщення і пересування предметів
  - Ходьба і здатність до пересування
- d 450 - Ходьба
- d 455 - Пересування іншими способами
- d 460 - Пересування в різній обстановці
- d 465 - Пересування за допомогою технічних засобів
- d 469 - Інша специфічна або неспецифічна здатність до ходьби і пересування
  - Пересування за допомогою транспортних засобів
- d 470 - Використання транспортних засобів
- d 475 - Управління транспортом
- d 480 - Їзда верхи
- d 489 - Інша специфічна або неспецифічна здатність до пересування за допомогою

транспортних засобів

### **Розділ 5. Самообслуговування**

- d 510 - Миття
- d 520 - Догляд за частинами тіла
- d 530 - Фізіологічні відправлення
- d 540 - Одягання
- d 550 - Прийом їжі
- d 560 - Пиття
- d 570 - Турбота про своє здоров'я
- d 598 - Інша специфічна здібність до самообслуговування

### **Розділ 6. Побутова діяльність**

- Придбання предметів першої необхідності
- d 610 - Забезпечення себе житлом
- d 620 - Придбання товарів і послуг
- d 629 - Інша специфічна або неспецифічна здатність до забезпечення себе життєво важливими предметами
  - Ведення домашнього господарства
- d 630 - Приготування їжі
- d 640 - Виконання робіт по господарству
- d 649 - Інша специфічна або неспецифічна здатність до ведення домашнього господарства
  - Догляд за предметами домашнього господарства і допомога оточуючим
- d 650 - Догляд за предметами домашнього господарства
- d 660 - Допомога оточуючим
- d 669 - Інша специфічна здатність до домашньої діяльності

### **Розділ 7. Міжособистісна активність і відносини**

- Загальна міжособистісна активність
- d 710 - Елементарна міжособистісна активність
- d 720 - Комплексна міжособистісна активність
- d 729 - Інша специфічна або неспецифічна загальна міжособистісна активність
  - Специфічні міжособистісні відносини
- d 730 - Відносини із сторонніми людьми
- d 740 - Формальні відносини
- d 750 - Неформальні соціальні відносини
- d 760 - Сімейні відносини
- d 770 - Інтимні відносини
- d 779 - Інша специфічна або неспецифічна здатність до міжособистісних відносин

### **Розділ 8. Важливі сфери життя**

- Виховання і освіта
- d 810 - Неформальне навчання і освіта
- d 815 - Дошкільне виховання
- d 820 - Шкільна освіта

- d 825 - Теоретична професійна освіта
- d 830 - Вища освіта
- d 839 - Інше специфічне або неспецифічне виховання і освіта
  - Трудова діяльність
- d 840 - Підготовка до трудової діяльності
- d 845 - Отримання, виконання і завершення трудової діяльності
- d 850 - Оплачувана трудова діяльність
- d 855 - Неоплачувана трудова діяльність
- d 859 - Інша специфічна або неспецифічна трудова діяльність
  - Сфера економічного життя
- d 860 - Елементарні економічні відносини
- d 865 - Комплексні економічні відносини
- d 870 - Економічна самостійність
- d 879 - Інше специфічне або неспецифічне економічне життя

### **Розділ 9. Суспільне, соціальне і цивільне життя**

- d 910 - Суспільне життя
- d 920 - Відпочинок і вільний час
- d 930 - Релігія і духовність
- d 940 - Права людини
- d 950 - Політичне і цивільне життя
- d 998 - Інша специфіка здібності до суспільного, соціального і цивільного життя

## **ЧИННИКИ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА**

### **Розділ 1. Продукція і технології**

- e 110 - Продукція і товари для особистого користування
- e 115 - Продукція і технології для особистого повсякденного користування
- e 120 - Продукція і технології для особистого використання при пересуванні всередині і зовні дома і для транспорту
- e 125 - Продукція і технології для комунікації
- e 130 - Продукція і технології для навчання і освіти
- e 135 - Продукція і технології для трудової діяльності
- e 140 - Продукція і технології культури, вільного часу і спорту
- e 145 - Продукція і технології для релігійної і духовної практики
- e 150 - Заготовки, конструкції, будівельна продукція і технологія громадських приміщень
- e 155 - Заготовки, конструкції, будівельна продукція і технологія приватних приміщень
- e 160 - Продукція і технологія для використання територій
- e 165 - Майнові цінності
- e 198 - Інша специфіка продукції і технології

### **Розділ 2. Природне і змінене людиною місце існування**

- e 210 - Географічні особливості
- e 215 - Населення
- e 220 - Флора і фауна

- е 225 - Клімат
- е 230 - Природні явища
- е 235 - Природні явища, викликані діяльністю людини
- е 240 - Світло
- е 245 - Зміни, обумовлені перебігом часу
- е 250 - Шуми
- е 255 - Вібрація
- е 260 - Якість повітря
- е 298 - Інша специфіка природного і зміненого людиною місця існування

### **Розділ 3. Підтримка і відносини**

- е 310 - Члени сім'ї
- е 315 - Родичі
- е 320 - Друзі
- е 325 - Знайомі, колеги, сусіди
- е 330 - Керівники
- е 335 - Підлеглі
- е 340 - Помічники
- е 345 - Незнайомі особи
- е 350 - Домашні тварини
- е 355 - Фахівці системи охорони здоров'я
- е 360 - Інші фахівці
- е 398 - Інша специфіка підтримки і відносин

### **Розділ 4. Установки**

- е 410 - Індивідуальний настрій членів сім'ї
- е 415 - Індивідуальний настрій родичів
- е 420 - Індивідуальний настрій друзів
- е 425 - Індивідуальний настрій знайомих, колег, сусідів
- е 430 - Індивідуальний настрій керівників
- е 435 - Індивідуальний настрій підлеглих
- е 440 - Індивідуальний настрій помічників
- е 445 - Індивідуальний настрій незнайомих облич
- е 450 - Індивідуальний настрій фахівців системи охорони здоров'я
- е 455 - Індивідуальний настрій інших фахівців
- е 460 - Громадська думка
- е 465 - Суспільні норми, традиції, світогляд
- е 498 - Інша специфіка настрою

# Розділ 13

## ЗАКОНОДАВЧЕ ПОЛЕ

### РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ В УКРАЇНІ

(порівняльний аналіз чинного законодавства України з питань реабілітації інвалідів з міжнародним законодавством)

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

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

Основними завданнями законодавства України з питань реабілітації інвалідів є: створення умов для усунення обмежень життєдіяльності інвалідів, відновлення і компенсації їх порушених або втрачених здатностей для побутової, професійної, суспільної діяльності; визначення основних завдань системи реабілітації інвалідів, видів і форм реабілітаційних заходів; розмежування повноважень між центральними і місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування; регламентування матеріально-технічного, кадрового, фінансового, наукового забезпечення системи реабілітації інвалідів; структурно-організаційне забезпечення державної соціальної політики по відношенню до інвалідів і дітей-інвалідів; сприяння залученню громадських організацій інвалідів до реалізації державної політики в цій сфері.

#### МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ ІНВАЛІДІВ

За критерії оцінки українського законодавства про охорону здоров'я інвалідів взяті: *стаття 25 Конвенції про права інвалідів, стаття 6 Декларації ООН про права інвалідів, Правило 2 Стандартних правил забезпечення рівних можливостей інвалідів*, затверджених резолюцією Генеральної Асамблеї ООН від 20 грудня 1993 року № 48/96 [66].

*1. Держави-учасниці визнають, що люди з інвалідністю мають право на найвищий досяжний рівень здоров'я без дискримінації на підставі інвалідності (ст. 25 Конвенції про права інвалідів). Інваліди мають право на медичне, психічне чи функціональне лікування, на відновлення здоров'я та становища в суспільстві (ст. 6 Декларації ООН про права інвалідів).*

**ЗУ «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» № 875-ХІІ**

від 21.03.1991 (із послідувачими змінами, внесеними у 1994-2011 рр.) прямо не декларує права на медичне обслуговування, але в ст. 4 зазначається, що діяльність держави по відношенню до інвалідів проявляється в створенні правових, економічних, політичних, соціально-побутових і соціально-психологічних умов для задоволення їхніх потреб у відновленні здоров'я (тобто у реабілітації). Ст. 36 передбачає, що медичне забезпечення інвалідів здійснюється у вигляді забезпечення медикаментами та наданні послуг з медичної реабілітації.

**Постановою КМУ № 1686 від 08.12.2006 «Про затвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів»** встановлено гарантований державою Перелік послуг з медичної, психолого-педагогічної, фізичної, професійної, трудової, фізкультурно-спортивної, побутової і соціальної реабілітації, технічних та інших засобів реабілітації, виробів медичного призначення, які надаються інваліду, дитині-інваліду безоплатно або на пільгових умовах з урахуванням фактичних потреб залежно від віку, статі, виду захворювання (каліцтва), який міститься в *Державній типовій програмі реабілітації інвалідів*. Програма визначає системний підхід до організації реабілітації, послідовності і наступності у проведенні багатопрофільних реабілітаційних заходів, запровадження державних реабілітаційних стандартів і встановлення контролю за якістю реабілітаційних послуг. Все це має сприяти відновленню оптимального фізичного, інтелектуального, психічного і соціального рівня життєдіяльності особи для її інтеграції в суспільство. Фінансування програми здійснюється за рахунок коштів державного бюджету, Фонду соціального захисту інвалідів, Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, місцевих бюджетів, а також інших джерел.

**Постановою КМУ № 76 від 31.01.2007 «Про затвердження Порядку утворення спеціалізованого будинку для ветеранів війни та праці, громадян похилого віку та інвалідів і надання житлових приміщень у такому будинку та Типового положення про спеціалізований будинок для ветеранів війни та праці, громадян похилого віку та інвалідів»** передбачається, що особи, які проживають у спеціалізованому будинку, мають право на медичне обслуговування у встановленому законодавством порядку.

**2. Держава повинна забезпечити ефективне медичне обслуговування інвалідів, вжити заходів для розробки програм раннього виявлення, оцінки та лікування дефектів, здійсненням яких будуть займатись багатодисциплінарні групи фахівців (Правило 2 Стандартних правил забезпечення рівних можливостей інвалідів).**

*а) ефективне медичне обслуговування інвалідів:*

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

**Положенням про медико-соціальну експертизу (затвердженим Постановою КМУ України № 1317 від 03.12.2009 «Питання медико-соціальної експертизи»** регламентується організація та діяльність служби медико-соціальної експертизи. Воно визначає процедуру проведення МСЕ хворим, що досягли повноліття, потерпілим від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, інвалідам з метою виявлення ступеня

обмеження життєдіяльності, причини, часу настання, групи інвалідності, а також компенсаторно-адаптаційних можливостей особи, реалізація яких сприяє медичній, психолого-педагогічній, професійній, трудовій, фізкультурно-спортивній, фізичній, соціальній та психологічній реабілітації. Експертиза проводиться особам, що звертаються для встановлення інвалідності, за направленням ЛПЗ охорони здоров'я після проведення діагностичних, лікувальних і реабілітаційних заходів за наявності відомостей, що підтверджують стійке порушення функцій організму, обумовлених захворюваннями, наслідками травм чи вродженими вадами, які спричиняють обмеження життєдіяльності; після подання акта про нещасний випадок на виробництві, акта розслідування професійного захворювання за встановленими формами, затвердженими **Постановою КМУ від 25.08.2004 р. № 1112**, висновку спеціалізованого медичного закладу (НДІ професійної патології чи його відділення) про професійний характер захворювання, направлення ЛПЗ охорони здоров'я або роботодавця чи профспілкового органу підприємства, на якому потерпілий одержав травму чи професійне захворювання, або робочого органу виконавчої дирекції ФСС від НВВ, суду чи прокуратури.

Цією ж Постановою затверджено **Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності**, яким передбачено оптимізацію повноважень МСЕК та порядку проведення медико-соціальної експертизи (у відповідності до положень ЗУ «Про реабілітацію інвалідів в Україні» та «Про основи соціальної захищеності України»). Згідно з ним, з медико-соціальних експертних комісій в установленому порядку утворюються центри (бюро), що належать до закладів охорони здоров'я при МОЗ АРК, УОЗ обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій. Центр (бюро) очолює головний лікар, який призначається Міністром охорони здоров'я АРК, керівником УОЗ обласної (міської) держадміністрації. Комісії перебувають у віданні МОЗ і утворюються за таким територіальним принципом: Кримська республіканська; обласні; центральні міські у містах Києві та Севастополі; міські, міжрайонні, районні. Міські та районні комісії утворюються з розрахунку одна комісія на 100 тис. чоловік віком 18 років і старше, міжрайонні – у районах і містах з кількістю населення менш як 100 тис. чоловік. МОЗ утворює Центральну медико-соціальну експертну комісію МОЗ.

В Постанові поки що неповно представлені організація і склад МСЕК (зокрема, це стосується чисельності штату та фаху співробітників, їх функції); не визначений перелік обладнання, інвентарю та санітарного транспорту, необхідного для роботи МСЕК тощо. Слід сподіватися, що, згідно з п. 4 Загальних положень, а також **Наказу МОЗ України № 348 від 20.04.2010 «Про затвердження Заходів МОЗ України щодо виконання Постанови КМУ від 3 грудня 2009 року № 1317»** ці та інші питання знайдуть своє відображення у Положенні про Центральну медико-соціальну експертну комісію МОЗ та Положенні про Кримський республіканський, обласний, Київський та Севастопольський міський центр (бюро) МСЕ, а також буде розроблений План заходів щодо реорганізації медико-соціальних експертних комісій в установи медико-соціальної експертизи та реабілітації із статусом юридичної особи (як це передбачено **Наказом МОЗ України № 336 від 19.06.2007 «Щодо реалізації**

**Державної програми розвитку системи реабілітації та трудової зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями, психічними захворюваннями та розумовою відсталістю на період до 2011 року»).** Цим же наказом передбачається вивчити з урахуванням міжнародного досвіду нові моделі (методи) огляду інвалідів і дітей-інвалідів МСЕКами та ЛКК ЛПЗ.

**Розпорядження КМУ № 1513-р від 03.12.2008 «Про затвердження Плану невідкладних заходів щодо розв'язання проблем соціального захисту інвалідів та забезпечення захисту їх прав»** зобов'язує прискорити введення в дію Порядку встановлення підгруп А та Б інвалідам першої групи інвалідності (у відповідності із ЗУ «Про реабілітацію інвалідів»).

**Наказом МОЗ України N 348 від 20.04.2010 «Про затвердження Заходів МОЗ України щодо виконання постанови КМУ від 3 грудня 2009 року № 1317»** передбачається розробити у новій редакції Інструкцію про встановлення груп інвалідності.

Відповідно до ст. 3 ЗУ «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», реабілітація проводиться згідно з *індивідуальною програмою реабілітації (ІПР)*, яку складають медико-соціальні експертні комісії після винесення рішення про інвалідність. Згідно із ст. 5 Закону, види й обсяги необхідного соціального захисту інваліда надаються у вигляді індивідуальної програми медичної, соціально-трудової реабілітації й адаптації на основі заключення медико-соціальної експертизи. Згідно із ст. 37, види необхідної медичної допомоги інвалідам визначаються органами медико-соціальної експертизи в індивідуальній програмі реабілітації. Допомога подається за рахунок коштів Фонду соціального захисту інвалідів.

**Комплексна програма розв'язання проблем інвалідності в Україні на 1992-1997 роки**, схвалена **Постановою КМУ № 31 від 27.01.1992 р.** зобов'язувала впроваджувати ІПР інвалідів.

Відповідно до **Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда**, затвердженого **Постановою КМУ № 757 від 23.05.2007**, індивідуальна програма реабілітації (ІПР) – комплекс оптимальних видів, форм, обсягів, строків реабілітаційних заходів з визначенням порядку та місця їх проведення. Реабілітаційні заходи, насамперед, спрямовані на відновлення та компенсацію порушених або втрачених функцій організму і здібностей інваліда. Затвердження Положення про ІПР інваліда удосконалює чинний порядок надання підтримки з боку держави у реалізації та фінансуванні реабілітаційних заходів, передбачених в ІПР. ІПР для повнолітніх інвалідів розробляється протягом 1 місяця медико-соціальною експертною комісією (МСЕК), для дітей-інвалідів – лікарсько-консультативною комісією (ЛКК) лікувально-профілактичних закладів за зареєстрованим місцем проживання або лікування інвалідів. Як зазначається в Положенні, «під час огляду осіб чи дітей віком до 18 років з метою встановлення інвалідності МСЕК або ЛКК з урахуванням виду захворювання, фактичних потреб, віку, статі визначає оптимальні види, форми, обсяги, місце і строки проведення медичної..., фізичної... реабілітації, потребу в... засобах реабілітації, виробих медичного призначення». Обсяг реабілітаційних послуг, що надаються за індивідуальною програмою реабілітації інваліда та дитини-інваліда, не може бути менший від передбаченого Державною типовою програмою реабілітації. ІПР має

рекомендаційний характер, про що інформують фахівці МСЕК або ЛКК інваліда чи законного представника дитини-інваліда. Висновки комісії, реабілітаційні заходи, визначені в індивідуальній програмі реабілітації інваліда, обов'язкові для виконання органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, реабілітаційними підприємствами, установами та організаціями, в яких працює або перебуває інвалід, незалежно від їх відомчої підпорядкованості, типу і форми власності.

ІПР складається на підставі відомостей акта огляду МСЕК або медичного висновку про дитину-інваліда віком до 18 років за формою ІПР інваліда, що видається МСЕКами та формою ІПР дитини-інваліда, що видається ЛКК ЛПЗ, які затверджені **Наказом МОЗ України № 623 від 08.10.2007 «Про затвердження форм індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда та Порядку їх складання».**

**Розпорядження КМУ № 1513-р від 03.12.2008 «Про затвердження Плану невідкладних заходів щодо розв'язання проблем соціального захисту інвалідів та забезпечення захисту їх прав»** передбачено підвищити ефективність механізму складення ІПР інвалідів, здійснивши комплектування МСЕК та ЛКК ЛПЗ спеціалістами.

Проте на практиці достатнє фінансування для реалізації ІПР інвалідів забезпечено не було.

**Комплексна програма розв'язання проблем інвалідності в Україні на 1992-1997 роки, схвалена Постановою КМУ № 31 від 27.01.1992 р.** передбачала створити при поліклініках службу забезпечення інвалідів усіма видами медичної допомоги вдома, провести спеціальний диспансерний облік за категоріями інвалідності, ступенем втрати здоров'я, потребою в протезуванні.

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

**Національною програмою професійної реабілітації і зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями, затвердженою Указом Президента України від 13.07.2001 № 519/2001,** було поставлено завдання введення в усі реабілітаційні установи, які займаються реабілітацією інвалідів, психологів, а до складу МСЕК – введення спеціаліста з медичної профорієнтації інвалідів. Був розроблений проект **Посадової інструкції спеціаліста МСЕК з медичної профорієнтації.** Згідно з ним, основними завданнями цього спеціаліста є проведення професійної експертизи та професійної орієнтації хворих і інвалідів, профілактика втрати професійної придатності хворих і інвалідів, продовження їх

працездатності за допомогою підбору доступних видів робіт, умов, режиму і організації праці для раціонального працевлаштування, навчання і перенавчання; складання професійного розділу індивідуальних програм реабілітації, контроль за раціональністю працевлаштування інвалідів, підбір і атестація робочих місць на підприємствах, організаціях, установах для їх працевлаштування. Для виконання своїх функцій цей спеціаліст повинен мати спеціальні знання з основ медико-соціальної експертизи, гігієни та фізіології праці, медичної психології та соціології, тому слід налагодити базову та спеціальну підготовку таких фахівців.

**Наказом МОЗ України № 348 від 20.04.2010 «Про затвердження Заходів МОЗ України щодо виконання постанови КМУ від 3 грудня 2009 року № 1317»** передбачається розробити у новій редакції Порядок участі представників Пенсійного фонду України, Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, органів державної служби зайнятості;

**Комплексна програма розв'язання проблем інвалідності в Україні на 1992-1997 роки**, схвалена **Постановою КМУ № 31 від 27.01.1992 р.** містила розділ «Профілактика інвалідності, медична, соціально-трудова реабілітація інвалідів», який зобов'язував організувати в кожній області спеціалізовані *центри медико-соціальної реабілітації інвалідів* з відділеннями для дітей-інвалідів. Ці центри мали б можливість комплексного проведення усіх видів та етапів реабілітації. Були визначені також відповідальні, організуючі та контролюючі органи, а також джерела фінансування, проте, на практиці достатнє фінансування для створення обласних Центрів реабілітації інвалідів забезпечено не було.

На основі **Комплексної програми розв'язання проблем інвалідності в Україні на 1992-1997 роки**, схваленої **Постановою КМУ № 31 від 27.01.1992 р.** з урахуванням місцевих особливостей передбачалось розробити аналогічні програми в регіонах і галузях народного господарства.

**Постановою КМУ № 14 від 10.01.2002 «Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002-2011 роки»** передбачалося створити при УОЗ обласних та міських держадміністрацій реабілітаційні ради, які б координували заходи з медичної реабілітації хворих та інвалідів та забезпечити проведення моніторингу стану здоров'я найбільш уразливих категорій інвалідів. Згідно з **Положенням про Реабілітаційну раду**, Рада по медичній реабілітації хворих та інвалідів створюється при УОЗ ОДА наказом начальника управління на громадських засадах з метою удосконалення системи медико-соціальної реабілітації інвалідів, об'єднання і координації зусиль лікувально-профілактичних та реабілітаційно-медичних установ, спрямованих на профілактику і зниження інвалідності працездатного населення. Рада є органом, який організує, контролює діяльність окремих установ, що здійснюють реабілітацію хворих та інвалідів, налагоджує зв'язки між різними службами з метою забезпечення комплексного підходу до проблеми реабілітації інвалідів, а саме, вирішення, в першу чергу, питань медичної, а також професійної та соціальної реабілітації.

**ЗУ № 2772-IV від 07.07.2005 «Про внесення змін до деяких законів України щодо оподаткування реабілітаційних установ для інвалідів та дітей-інвалідів»** передбачає внесення змін до таких законів: **ЗУ «Про податок на додану вартість»**, **ЗУ «Про оподаткування прибутку підприємств»**, **ЗУ «Про гуманітарну допомогу»**, а саме: звільнити від оподаткування операції з поставки

послуг з охорони здоров'я згідно з переліком, встановленим КМУ, закладами охорони здоров'я, які мають спеціальний дозвіл (ліцензію) на поставку таких послуг, а також поставки послуг реабілітаційними установами для інвалідів та дітей-інвалідів, що мають ліцензію на поставку таких послуг; суми коштів, вивільнених у зв'язку з наданням податкових пільг, реінвестувати на розвиток матеріально-технічної та науково-дослідної бази цих установ; визнати гуманітарною допомогою, із звільненням від оподаткування та обов'язкових платежів до бюджету, такі підакцизні товари медико-соціального обладнання та оснащення, що передається виключно реабілітаційним установам для інвалідів та дітей-інвалідів, які мають відповідну ліцензію на здійснення реабілітаційних послуг, незалежно від відомчого підпорядкування, типу і форм власності, за обов'язкової умови заборони його подальшого продажу.

Згідно з **Наказом Міністра праці № 372 від 09.10.2006 «Про затвердження Типового положення про центр професійної реабілітації інвалідів»**, інваліди – слухачі Центру мають право на безоплатне користування оздоровчою базою Центру, медикаментами, на профілактику захворювань та зміцнення здоров'я. Серед структурних підрозділів Центру є відділення медичного та психологічного супроводу. Заходи з медичного супроводження включають: проведення медичного огляду та тестування інвалідів на основі об'єктивного обстеження, визначення їх фізичної, соматофізіологічної, сенсорної та психічної спроможності, готовності до зміни режиму навантажень; розробку рекомендацій з адаптації навчальних програм відповідно до розподілу фізичних та психологічних навантажень; визначення адекватності та послідовності заходів лікувально-профілактичного характеру; здійснення постійного нагляду та контролю за фізичним, соматичним та психічним станом слухачів тощо.

**Наказом Міністра праці № 392 від 23.07.2007 «Про затвердження типових положень про реабілітаційну установу змішаного типу для інвалідів і дітей-інвалідів з розумовою відсталістю і про установу постійного та тимчасового перебування інвалідів з розумовою відсталістю»** передбачено, що дані установи забезпечують: надання реабілітаційних послуг згідно з ІПР інваліда; проведення комплексу відновлювальних заходів. Реабілітаційна комісія установи на підставі ІПР інваліда складає індивідуальний план реабілітації, а також здійснює контроль за виконанням ІПР інваліда, дає оцінку результатів та ефективності реабілітаційних заходів. Заходи з медичного супроводу включають: визначення фізичної, сомато-фізіологічної, сенсорної та психічної спроможності інваліда за даними ІПР та результатів обстеження лікарями установи, розробку рекомендацій з дозування фізичних та психологічних навантажень, визначення адекватності та послідовності заходів лікувально-профілактичного характеру; здійснення постійного нагляду та контролю за фізичними, соматичним та психічним станом інваліда тощо.

**Указом Президента від 23.05.1996 «Про національний заклад – Український державний медико-соціальний центр ветеранів війни»** та відповідною **Постановою КМУ від 15.11.1996** про затвердження Положення про зазначений центр, створюється медико-соціальна установа, яка надає лікувальну, реабілітаційну та соціальну допомогу інвалідам війни та особам, на яких поширюється дія ЗУ **«Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального**

**захисту».** В центрі та його підрозділах створюються умови для тривалого перебування та медичного обслуговування інвалідів війни, проведення медико-соціальної експертизи хворих та оформлення ім. групи інвалідності, надання протезної допомоги інвалідам. Центр обладнується сучасною лікувальною та діагностичною апаратурою, в ньому запроваджуються новітні медичні технології. Направлення в центр здійснюють лікувально-профілактичні установи на місцях.

**В Постанові КМУ № 76 від 31.01.2007 «Про затвердження Порядку утворення спеціалізованого будинку для ветеранів війни та праці, громадян похилого віку та інвалідів і надання житлових приміщень у такому будинку та Типового положення про спеціалізований будинок для ветеранів війни та праці, громадян похилого віку та інвалідів»** зазначається, що спеціалізований будинок, крім приміщень для проживання, має служби медичного обслуговування, а у разі потреби у стаціонарній медичній допомозі, санаторно-курортному лікуванні тощо особа, яка проживає у спеціалізованому будинку, направляється до відповідних закладів.

**Згідно з Постановою КМУ № 680 від 26.04.2007 «Про збільшення норм грошових витрат на харчування та медикаменти в лікувально-профілактичних закладах ветеранів війни»**, з 1 січня 2008 р. збільшені норми грошових витрат на обслуговування ветеранів війни в Українському державному медико-соціальному центрі ветеранів війни, госпіталях, відділеннях, палатах для ветеранів війни у ЛПЗ, їх розміри у розрахунку на одного хворого на день склали: на харчування – 35 грн.; на придбання медикаментів і перев'язувальних засобів – 40 грн., крім спеціалізованих відділень і палат, для яких передбачено вищі норми.

**Розпорядження КМУ № 1513-р від 03.12.2008 «Про затвердження Плану невідкладних заходів щодо розв'язання проблем соціального захисту інвалідів та забезпечення захисту їх прав»** зобов'язує Міністерства та інші центральні органи виконавчої влади забезпечити безумовне дотримання норм витрат на харчування та медикаменти в інтернатних закладах для осіб з інвалідністю та госпіталях (відділеннях, палатах) для інвалідів війни.

**ЗУ № 1891-VI від 16.02.2010 «Про внесення зміни до ЗУ «Про соціальний захист дітей війни»** визначено права на стаціонарну медичну допомогу в госпіталях ветеранів війни цієї категорії населення – громадяни України, яким на час закінчення (2 вересня 1945 р.) Другої світової війни було менше 18 років. На сьогодні в Україні проживає приблизно 470 тисяч дітей війни – інвалідів. Вони люди похилого віку, часто немічні і самотні, мають декілька хронічних захворювань і потребують медичного догляду та лікування. Єдиними лікувальними закладами, які можуть допомогти дітям війни інвалідам є госпіталі ветеранів війни, яких в Україні 32, функціонують вони у кожній області і обслуговують ветеранів війни за рахунок бюджетних коштів. Внесення змін у даний Закон надало дітям війни, які є інвалідами, право на стаціонарну медичну допомогу в госпіталях ветеранів війни. Госпіталізація проводиться при відповідних показаннях та наявності вільних місць.

**Постановою КМУ № 14 від 10.01.2002 «Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002-2011 роки» та Наказом МОЗ України № 336 від 19.06.2007 «Щодо реалізації Державної програми розвитку системи реабілітації та трудової зайнятості осіб з обмеженими фізичними**

можливостями, психічними захворюваннями та розумовою відсталістю на період до 2011 року» було передбачено розробити і запровадити в практику роботи МСЕК науково обґрунтовані стандарти медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів та державні соціальні нормативи у сфері реабілітації інвалідів. **Наказ МОЗ України № 57 від 07.02.2008 «Про затвердження державних соціальних нормативів у сфері реабілітації інвалідів»** містить державні соціальні нормативи у сфері реабілітації інвалідів за лікарськими спеціальностями: "Кардіологія", "Пульмонологія", "Гастроентерологія", "Ревматологія", "Нефрологія", "Ендокринологія", "Неврологія", "Ортопедія і травматологія", "Хірургія", "Отоларингологія", "Офтальмологія", "Психіатрія, медична психологія", "Медична психологія, психотерапія". Проте наукові стандарти медико-соціальної експертизи ще не запроваджені в роботу МСЕК.

**Наказами МОЗ України № 248 від 22.03.2010 «Про затвердження Плану заходів МОЗ щодо питань медичної реабілітації інвалідів» та № 230 від 16.03.2010 «Про створення Міжвідомчої комісії з питань медичної реабілітації інвалідів»** передбачено створити Міжвідомчу комісію з питань медичної реабілітації інвалідів.

Необхідно прискорити прийняття **Концепції державної цільової програми «Медична реабілітація» на 2011-2015 роки** (проект якої зараз знаходиться в статусі громадського обговорення), врахувавши в ньому взаємозв'язки медико-біологічних і соціально-економічних аспектів інвалідності та особливостей медичної реабілітації інвалідів.

*б) положення про участь міждисциплінарних команд фахівців у створенні програм реабілітації* можна вважати виконаними щодо діяльності центрів професійної, медичної та соціальної реабілітації.

*в) раннє виявлення ускладнень захворювань, профілактика інвалідності:*

**Розпорядження КМУ № 1513-р від 03.12.2008 «Про затвердження Плану невідкладних заходів щодо розв'язання проблем соціального захисту інвалідів та забезпечення захисту їх прав»** зобов'язує Міністерства та інші центральні органи виконавчої влади створити для запобігання інвалідності серед дітей систему ранньої медичної діагностики порушень їх розвитку.

**Наказом МОЗ України № 87 від 12.02.2009 «Про заходи щодо вирішення проблем інвалідів по зору в Україні»** передбачений ряд заходів, спрямованих на попередження інвалідності дітей раннього віку, спричиненої ретинопатією недоношених: розробити Протокол лікування та диспансерного спостереження дітей з даною патологією, підготувати інформаційні матеріали для лікарів загальної практики-сімейної медицини з питань огляду очей та виявлення порушення зору у дітей, забезпечити раціональне використання ретинальної камери у НДСЛ «ОХМАТДИТ» та Дніпропетровській обласній офтальмологічній лікарні, а також – забезпечити огляд лікаря-офтальмолога усім пацієнтам з діагностованим ЦД протягом 3-х місяців з моменту встановлення діагнозу.

**Спільним Наказом МОЗ та АМН України № 938-78 від 16.12.2009 «Про затвердження заходів МОЗ та АМН України щодо рішення Комітету ВРУ у справах пенсіонерів, ветеранів та інвалідів «Про медичну реабілітацію інвалідів-спинальників та їх санаторно-курортне оздоровлення» від 16.07.2009 на 2010-2012 роки»** з метою попередження інвалідності внаслідок

спинномозкових травм передбачається опрацювати систему профілактики спинномозкових травм на виробництві, у спорті, в навчальних закладах, на транспорті, під час відпочинку на воді, у побуті тощо; проводити консультативну роботу з поліпшення якості підготовки працівників, які безпосередньо займаються рятувальними роботами, для запобігання у осіб, постраждалих від стихійного лиха, ДТП тощо додаткової травматизації хребта та спинного мозку. Передбачається також розглянути питання щодо створення спеціалізованого відділення для профілактики та лікування урологічних загострень у інвалідів при захворюваннях і пошкодженнях хребта та спинного мозку на базі санаторію "Батьківщина" (м. Трускавець).

В окремих галузях законодавство не передбачає принципів ранньої діагностики стану особи, що призводить до інвалідності (зокрема, в сфері психіатрії відсутня діагностика та огляди осіб дошкільного та шкільного віку).

Крім того, для профілактики інвалідності необхідно вирішити на рівні УОЗ держадміністрацій питання про створення в усіх лікувально-профілактичних закладах реабілітаційних служб (відділень, кабінетів).

*г) всебічна участь у програмах раннього виявлення, оцінки та лікування дефектів інвалідів та членів їх сімей на індивідуальній основі, а також організацій інвалідів в процесі планування та оцінки діяльності – в українському законодавстві такі положення на передбачені.*

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

**Постанова ВРУ від 06.07.2000 «Про невідкладні заходи щодо оздоровлення дітей»** рекомендувала КМУ вжити невідкладних заходів щодо організації оздоровлення дітей-інвалідів, дітей, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, забезпечивши їх лікування та оздоровлення протягом всього року в оздоровчих закладах, що мають можливість забезпечити навчальний процес.

У **Постанові КМУ № 14 від 10.01.2002 «Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002-2011 роки»** передбачалося здійснити заходи, що сприяють розвитку мережі центрів реабілітації дітей-інвалідів та розробити з науковим обґрунтуванням комплексну програму медичної, психолого-педагогічної і соціальної реабілітації та адаптації дітей-інвалідів у суспільстві; розробити Національну державну комплексну програму «Діти-інваліди»; розробити та запровадити в практику роботи дитячих лікарень (поліклінік) та центральних районних лікарень науково обґрунтовані стандарти медико-соціальної експертизи ступеня важкості інвалідизації дітей.

**Наказ МОЗ України № 364 від 04.07.2008 «Про затвердження державних соціальних нормативів у сфері реабілітації дітей-інвалідів»** містить державні соціальні нормативи у сфері реабілітації дітей-інвалідів за наступними нозологічними формами: "Гідроцефалія. Вроджена гідроцефалія ", "Дитячий церебральний параліч. Акушерський параліч", "Епілепсія. Епілептичні

синдрому", "Прогресуючі захворювання нервово-м'язової системи (прогресуючі м'язові дистрофії, невральні аміотрофії, спінальні аміотрофії)", "Стійкі рухові порушення внаслідок запальних хвороб нервової системи, травм, отруєнь та інших впливів зовнішніх чинників, цереброваскулярних хвороб, вроджених вад розвитку нервової системи".

**Спільним Наказом МОЗ та АМН України № 938-78 від 16.12.2009 «Про затвердження заходів МОЗ та АМН України щодо рішення Комітету ВРУ у справах пенсіонерів, ветеранів та інвалідів «Про медичну реабілітацію інвалідів-спінальників та їх санаторно-курортне оздоровлення» від 16.07.2009 на 2010-2012 роки»** передбачається вжити заходів для створення належних умов для оздоровлення дітей, які мають ураження хребта та спинного мозку.

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

**ЗУ «Основи законодавства про охорону здоров'я» № 2801-ХП від 19.11.1992** у ст. 56 передбачено, що громадяни у необхідних випадках забезпечуються протезами, ортопедичними, коригуючими виробами, окулярами, слуховими апаратами, засобами лікувальної фізкультури і спеціальними засобами пересування. Категорії осіб, які підлягають безплатному або пільговому забезпеченню зазначеними виробами і предметами, а також умови і порядок забезпечення ними встановлюються законодавством України.

Відповідно до **постанови КМУ від 22.11.1995 «Про встановлення медико-соціальними експертними комісіями ступеня втрати професійної працездатності»** МСЕК встановлює потребу потерпілого в спеціальному медичному догляді, який передбачає багаторазові життєво необхідні медичні маніпуляції (ін'єкції, перев'язки, промивання порожнин тіла та ін.).

**Постанова КМУ № 14 від 10.01.2002 «Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002-2011 роки»** зобов'язує регіональні органи державної влади створювати при сільських амбулаторіях, дільничних лікарнях, поліклініках пункти прокату основних засобів догляду за важкими і хронічно хворими та інвалідами літнього віку.

**ЗУ «Про внесення змін до ЗУ «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні»» № 1773-IV від 15.06.2004** встановлює, що протези очей, зубів, щелеп, окуляри, слухові і голосоутворювальні апарати, сурдотехнічні засоби, ендопротези, сечо- та калоприймачі тощо (тобто – вироби медичного призначення) надаються інвалідам та дітям-інвалідам безоплатно або на пільгових умовах за наявності відповідного медичного висновку.

В **Постанові КМУ № 716 від 12.05.2007 «Про затвердження Державної програми розвитку системи реабілітації та трудової зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями, психічними захворюваннями та розумовою відсталістю на період до 2011 року»** одним з основних завдань Програми визначено поліпшення якості та розширення номенклатури виробів медичного призначення для інвалідів, розроблення та впровадження сучасних технологій виготовлення таких виробів.

**Наказом МОЗ України № 336 від 19.06.2007 «Щодо реалізації Державної програми розвитку системи реабілітації та трудової зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями, психічними захворюваннями та розумовою відсталістю на період до 2011 року передбачається:** розробити та запровадити новітні конструкції виробів медичного призначення для інвалідів і дітей-інвалідів та технології їх виготовлення; розробити національні стандарти на вироби медичного призначення та послуги із забезпечення такими виробами; створити централізований банк даних щодо інвалідів і дітей-інвалідів, які потребують забезпечення виробами медичного призначення, реєстр суб'єктів господарювання, що займаються розробленням, виготовленням, реалізацією та ремонтом виробів медичного призначення для інвалідів і дітей-інвалідів.

**Розпорядженням КМУ № 1513-р від 03.12.2008 «Про затвердження Плану невідкладних заходів щодо розв'язання проблем соціального захисту інвалідів та забезпечення захисту їх прав» передбачено подати проект постанови КМУ про затвердження Порядку забезпечення інвалідів виробами медичного призначення, звернувши особливу увагу на належну якість таких виробів. Проект даної постанови («Про затвердження Порядку забезпечення інвалідів та дітей-інвалідів виробами медичного призначення та Переліку виробів медичного призначення для забезпечення інвалідів та дітей-інвалідів») знаходиться на громадському обговоренні. Необхідним є прискорення його прийняття.**

**Наказом МОЗ України № 87 від 12.02.2009 «Про заходи щодо вирішення проблем інвалідів по зору в Україні» передбачається:** включити до завдань і заходів з виконання *«Державної науково-технічної програми розвитку виробництва медичної техніки на 2009-2013 роки»* розроблення термометрів, тонометрів, глюкометрів, обладнаних звуковим інформатором та розробити і подати на затвердження порядок забезпечення ними інвалідів з вадами зору; передбачити щорічні видатки у місцевих бюджетах, спрямованих на охорону здоров'я, для оплати очних протезів та окулярів; поновити роботу очнопротезних кабінетів обласних консультативних поліклінік.

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

**Постанова КМУ № 14 від 10.01.2002 «Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002-2011 роки» зобов'язала МОЗ та МОН України розробити рекомендації щодо створення системи підготовки спеціалістів вищої і I-IV рівнів акредитації для здійснення медико-соціальної реабілітації інвалідів.**

**Наказом МОЗ України № 149 від 12.03.2009 «Про затвердження Плану заходів МОЗ з реалізації Концепції державної системи професійної орієнтації населення на період до 2011 року» з метою підготовки та професійного розвитку кадрового ресурсу МСЕК передбачається застосовувати в процесі перепідготовки лікарів гнучкі технології навчання.**

**Наказом МОЗ України № 248 від 22.03.2010 «Про затвердження Плану заходів МОЗ щодо питань медичної реабілітації інвалідів»** передбачається врегулювати на законодавчому рівні створення інтегрованої інформаційно-аналітичної системи у сфері соціального захисту населення з метою поліпшення обліку інвалідів. **Постановою КМУ № 121 від 16.02.2011 «Про затвердження Положення про централізований банк даних з проблем інвалідності»** визначений порядок створення, функціонування та ведення централізованого банку даних з проблем інвалідності (ЦБДІ) як автоматизованої системи для визначення потреб інвалідів та дітей-інвалідів у засобах і послугах реабілітації. До ЦБДІ вноситься така інформація: 1) загальні відомості про інваліда та дитину-інваліда (ПІБ, число, місяць, рік народження, ідентифікаційний номер у Державному реєстрі фізичних осіб – платників податків та інших обов'язкових платежів, адреса зареєстрованого місця проживання); 2) реквізити паспорта інваліда або свідоцтва про народження (для дитини-інваліда до 16 років); 3) реквізити документів, що підтверджують право на пільги; 4) дані про: характер (код захворювання за МКХ-10) та причини інвалідності, освітній і професійний рівень інваліда та дитини-інваліда; склад сім'ї інваліда та дитини-інваліда; рівень доходів сім'ї інваліда та дитини-інваліда; потребу у технічних та інших засобах реабілітації, протезно-ортопедичних виробах, виробах медичного призначення, послугах реабілітації, спецавтотранспорті, санаторно-курортному лікуванні тощо. Створення ЦБДІ сприятиме забезпеченню лікарів МСЕК та інших закладів, що здійснюють медичне забезпечення та реабілітацію інвалідів, необхідними даними про них.

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

**ЗУ від 22.10.1993 «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту»** передбачає для інвалідів війни безкоштовне одержання ліків за рецептами лікарів, безоплатне забезпечення протезами та протезно-ортопедичними виробами та санаторно-курортним лікуванням. Їм також гарантується позачергове обслуговування амбулаторно-клінічними закладами та позачергова госпіталізація.

*а) забезпечення медикаментами:*

Питання забезпечення інвалідів лікарськими засобами вирішується **постановою КМУ від 17.08.1998 «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань»**. Безоплатне забезпечення ліками у разі амбулаторного лікування призначається інвалідам війни, відповідно до ЗУ «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», інвалідам, які отримали інвалідність внаслідок Чорнобильської катастрофи, діти-інваліди віком до 16 років. Ліки за рецептом лікарів відпускаються із 50%-вою знижкою інвалідам I та II групи.

**Наказом МОЗ України № 87 від 12.02.2009 «Про заходи щодо вирішення проблем інвалідів по зору в Україні»** передбачено підготувати та подати на затвердження пропозиції щодо нормативно-правового регулювання питання розповсюдження лікарських засобів фармацевтичними компаніями лише в упакованні, що містить назву ліків шрифтом Брайля та рельєфним шрифтом. **ЗУ № 2165-VI від 11.05.2010 «Про внесення зміни до ст. 12 ЗУ «Про лікарські засоби» щодо маркування лікарських засобів шрифтом Брайля на зовнішній упаковці лікарських засобів»** (назва лікарського засобу, доза діючої речовини та лікарська форма) регламентовано, що МОЗ України визначає лікарські засоби, упаковка яких не маркується шрифтом Брайля або шрифтом Брайля зазначається тільки назва лікарського засобу. Внесення цих змін надасть можливість сліпим та особам, які недобачають, самостійно прочитати назву лікарського засобу, його дозування та лікарську форму, що в свою чергу полегшить використання ними лікарських засобів.

Необхідним є проведення аналізу законодавчих актів в сфері медичної допомоги інвалідам (в т.ч. – медикаментозної допомоги) та розробка державної програми по наданню гарантованих обсягів медичної допомоги інвалідам із визначенням гарантій забезпечення ліками.

*б) забезпечення санаторно-курортним лікуванням:*

Відповідно до **ЗУ «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні»**, інваліди за наявності медичних показань мають право на безплатне забезпечення санаторно-курортними путівками. Порядок та умови забезпечення інвалідів санаторно-курортними путівками визначає Кабмін України.

**Постановою КМУ № 187 від 22.02.2006** затверджено **Порядок забезпечення санаторно-курортними путівками деяких категорій громадян органами праці та соціального захисту населення**, яким передбачено, що органи праці та соціального захисту населення забезпечують за рахунок коштів державного бюджету безплатними путівками до санаторно-курортних закладів, зокрема: інвалідів усіх категорій за рахунок коштів, передбачених Мінпраці; осіб, на яких поширюється чинність **ЗУ «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту»**, та осіб, зазначених у ст. 62 **ЗУ «Про жертви нацистських переслідувань»**, за рахунок коштів відповідної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам.

Доступ інвалідів до санаторно-курортного лікування був визначений як пріоритетний напрямок державної політики в сфері курортної справи в **ЗУ «Про курорти» від 05.10.2000**.

Відповідно до **ЗУ від 28.02.1991 «Про статус та соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи»**, органи влади зобов'язані проводити щорічне медичне обстеження, санаторно-курортне лікування всіх осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи. В регіонах найбільшого зосередження постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС створюються спеціалізовані центри для обстеження та лікування потерпілих осіб. Таким чином, система медичного обслуговування громадян, які постраждали від Чорнобильської катастрофи певні особливості має.

Порядок забезпечення інвалідів путівками на санаторно-курортне лікування визначається **Інструкцією про порядок облік, зберігання, розподілу та видачі**

**путівок до санаторно-курортних та інших курортно-лікувальних установ в органах соціального захисту населення, затвердженої Наказом Мініпраці від 25.12.1997.**

**ЗУ № 1773-IV від 15.06.2004 «Про внесення змін до ЗУ «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні»** гарантує інвалідам та дітям-інвалідам безоплатне санаторно-курортне лікування за наявності медичних показань. Передбачене безоплатне забезпечення ліками підчас амбулаторного лікування інвалідів, які отримують пенсію нижче розміру мінімальної пенсії, а також діти-інваліди. Інші інваліди отримують ліки із 50%-вою знижкою їх вартості.

**ЗУ № 1768-IV від 15.06.2004 «Про внесення змін до Закону України "Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей»** надає право дітям загиблих військовослужбовців, що є інвалідами з дитинства, на санаторно-курортне лікування у санаторіях Міноборони, СБУ, Прикордонної служби та інших військових формувань.

**Наказом МОЗ України № 336 від 19.06.2007 «Щодо реалізації Державної програми розвитку системи реабілітації та трудової зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями, психічними захворюваннями та розумовою відсталістю на період до 2011 року»** передбачається створити централізований банк даних щодо інвалідів і дітей-інвалідів, які потребують забезпечення санаторно-курортним лікуванням.

Щодо забезпечення санаторно-курортним лікуванням осіб, інвалідність яких пов'язана з нещасним випадком на виробництві або професійним захворюванням, слід зазначити, що путівками на таке лікування вказаних осіб забезпечує Фонд соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань відповідно **Положення про забезпечення потерпілих внаслідок нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання путівками для санаторно-курортного лікування, затвердженого Постановою правління Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України № 49 від 31.10.2007.**

Що стосується забезпечення путівками інвалідів з числа осіб, які отримують пенсію відповідно до **ЗУ «Про пенсійне забезпечення осіб, звільнених з військової служби, та деяких інших осіб»**, таке забезпечення має здійснюватися за окремим порядком, як це передбачено **Порядком забезпечення санаторно-курортними путівками деяких категорій громадян органами праці та соціального захисту населення, затвердженим Постановою КМУ від 22.02.2006 р. № 187.** Проте, на сьогоднішній день такого порядку не затверджено.

**Постановою ВРУ № 1077 від 04.03.2009 «Про заходи щодо забезпечення державної підтримки санаторно-курортних закладів, у яких лікуються та проходять реабілітацію інваліди»** передбачається: прискорити розроблення проекту Загальнодержавної програми розвитку санаторно-курортної галузі; при формуванні проектів Держбюджету України збільшити видатки на фінансування бюджетної програми «Санаторно-курортне оздоровлення інвалідів»; запровадити спеціальний порядок закупівлі за державні кошти санаторно-курортних путівок до санаторію імені Бурденка (м. Саки, АРК), санаторію «Слов'янський» (м.

Слов'янськ, Донецька обл.), лікувально-оздоровчих закладів профспілок України; вирішити питання про утворення на території, прилеглій до озера Саки, нових державних санаторно-курортних закладів, що спеціалізуватимуться на лікуванні та реабілітації інвалідів з тяжкими ураженнями хребта та спинного мозку; забезпечити проведення інвентаризації матеріально-технічного оснащення санаторно-курортних закладів незалежно від форми власності, визначивши кількість профільних місць, передбачених для інвалідів; забезпечити проведення постійного моніторингу щодо раціонального використання природних ресурсів о. Саки, що застосовуються для лікування та реабілітації інвалідів з тяжкими ураженнями хребта і спинного мозку; розглянути можливість надання державної підтримки санаторно-курортним закладам, заснованим ГО інвалідів; створити відділення для реабілітації інвалідів у санаторно-курортних закладах, що належать до сфери управління місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування; вжити заходів щодо недопущення перепрофілювання єдиного дитячого центру медичної реабілітації та санаторного лікування – Центрального дитячого клінічного санаторію МО України (м. Євпаторія, АР Крим); прискорити розроблення державних соціальних стандартів та нормативів для санаторно-курортної галузі.

**Спільним Наказом МОЗ та АМН України № 938-78 від 16.12.2009 «Про затвердження заходів МОЗ та АМН України щодо рішення Комітету ВРУ у справах пенсіонерів, ветеранів та інвалідів «Про медичну реабілітацію інвалідів-спинальників та їх санаторно-курортне оздоровлення» від 16.07.2009 на 2010-2012 роки»** передбачається: проаналізувати існуючий стан надання медичної допомоги інвалідам при захворюваннях і пошкодженнях хребта та спинного мозку та їх реабілітації в закладах охорони здоров'я, вжити необхідних організаційно-правових заходів для його суттєвого поліпшення та забезпечення системного підходу в сфері лікування та оздоровлення; вжити заходів для впровадження вітчизняних науково-практичних розробок та новітніх технологій у цій галузі нейрохірургії; опрацювати протоколи лікування та реабілітації цих категорій хворих; доповнити методичні рекомендації щодо надання медичної допомоги при тяжких травмах хребта та спинного мозку; оснастити автомобілі швидкої медичної допомоги спеціальним обладнанням для перевезення осіб з важкими травмами хребта та спинного мозку; розглянути питання про створення в Україні міжрегіональних центрів або відділень у складі закладів охорони здоров'я для надання медичної допомоги хворим при спинномозкових травмах та інвалідам при захворюваннях і пошкодженнях хребта та спинного мозку із забезпеченням відповідних санітарно-гігієнічних та побутових умов для тих хворих, які потребують постійного стороннього догляду; розробити показання та протипоказання для направлення на санаторно-курортне лікування до санаторних закладів хворих з важкими наслідками травм хребта з ураженням спинного мозку, протоколи їх санаторно-курортного лікування, а також забезпечити санаторно-курортне оздоровлення інвалідів відповідно до рекомендованих оптимальних строків; розробити та впровадити єдину систему медичної реабілітації хворих з травмами хребта з ураженням спинного мозку та іншими формами патології, що супроводжуються ураженням спинного мозку; підготувати єдиний реєстр інвалідів із травмами хребта з ураженням спинного

мозку та іншими формами спинальної патології; вивчити досвід лікування інвалідів, їх фізичної та соціальної реабілітації при захворюваннях і пошкодженнях хребта та спинного мозку у Донецькій обласній лікарні відновлювального лікування та в інших ЛПЗ (в т.ч. – Львівській міській комунальній лікарні швидкої медичної допомоги та у Львівському обласному госпіталі інвалідів війни та репресованих ім. Ю.Липи) та із врахуванням цього досвіду підготувати і впровадити в практику охорони здоров'я відповідні методичні рекомендації щодо лікування інвалідів з цією патологією; розглянути питання щодо необхідності створення у складі Донецької обласної лікарні відновлювального лікування методично-консультаційного центру з лікування ускладнень при важких травмах хребта та спинного мозку; опрацювати нормативи перебування інвалідів при захворюваннях і пошкодженнях хребта та спинного мозку у спеціалізованих санаторіях

**Постанова КМУ № 1345 від 03.12.2009 «Про затвердження Порядку забезпечення санаторно-курортними путівками дітей-інвалідів»** містить зазначений Порядок і встановлює, що кількість хворих на ДЦП дітей-інвалідів, які щороку, починаючи з 2010 року, забезпечуються санаторно-курортними путівками, становить не менше як 5 тисяч.

**Наказом МОЗ України № 248 від 22.03.2010 «Про затвердження Плану заходів МОЗ щодо питань медичної реабілітації інвалідів»** передбачається під час доопрацювання проекту ЗУ «Про Держбюджет України на 2010 рік» виділити субвенцію обласному бюджету Донецької області на забезпечення лікування інвалідів-спинальників з інших областей у Донецькій обласній лікарні відновлювального лікування у сумі 3 млн. грн.

*Таким чином, відбулись досить суттєві законодавчі та нормативні зміни щодо положень про доступ інвалідів до санаторно-курортного лікування.*

**7. Держави-учасниці вживають всіх належних заходів для забезпечення доступу людей з інвалідністю до послуг сфери охорони здоров'я, що втраховують гендерну специфіку (ст. 25 Конвенції про права інвалідів).**

В українському законодавстві таких заходів не передбачено.

**8. Держави-учасниці вживають всіх належних заходів для забезпечення доступу людей з інвалідністю до реабілітації за станом здоров'я (стаття 25 Конвенції про права інвалідів)**

**ЗУ «Про реабілітацію інвалідів в Україні» № 2961-IV від 06.10.2005** визначив основні засади створення правових, соціально-економічних, організаційних умов для усунення або компенсації обмежень життєдіяльності, викликаних порушенням здоров'я зі стійким розладом функцій організму, функціонування системи підтримання інвалідами фізичного, психічного, соціального благополуччя, сприяння їм у досягненні соціальної та матеріальної незалежності. В ньому сформульовані базові принципи державної політики у сфері реабілітації інвалідів, правові і фінансові гарантії для організації і розвитку державної системи реабілітації інвалідів; визначені види і форми реабілітаційних заходів, типи реабілітаційних установ, їх повноваження і відповідальність за якість реабілітації інвалідів; врегульоване інформаційне, наукове, методичне, матеріально-технічне, кадрове і фінансове забезпечення реабілітаційної структури; забезпечений системний підхід при організації реабілітації,

послідовності і наступності в проведенні багатoproфільних реабілітаційних заходів, а також запровадження державних реабілітаційних стандартів і контролю за якістю реабілітаційних послуг. В контексті забезпечення системності політики реабілітації Законом визначена структура системи реабілітації, в яку входять органи виконавчої влади та місцевого самоврядування, спеціалізовані реабілітаційні та освітні заклади різних типів. Прийняття Закону має принципове значення для забезпечення системності, послідовності та ефективності державної політики щодо соціальної інтеграції осіб з обмеженими можливостями, сприятиме запровадженню комплексного підходу до реабілітації осіб, які втратили певні функції, їх самореалізації, утвердженню самостійності та адаптації в суспільстві. Згідно з Указом Президента «Про заходи щодо створення сприятливих умов для забезпечення соціальної, медичної та трудової реабілітації інвалідів» (від 27.12.2005 № 1845/2005), Дорученням КМУ від 08.11.05 р. № 5807/1/1-05 прийнято цілу низку нормативно-правових актів задля втілення Закону «Про реабілітацію інвалідів в Україні» в життя, а ряд профільних міністерств та установ і сьогодні продовжують працювати над пропозиціями щодо приведення законів України у відповідність із цим Законом та над прийняттям нормативно-правових актів, спрямованих на його реалізацію.

**Постанова КМУ № 80 від 31.01.2007 «Про затвердження Порядку надання інвалідам та дітям-інвалідам реабілітаційних послуг»** містить відповідний Порядок, у якому йдеться про встановлення рівних вимог до надання цих послуг державними, комунальними та недержавними реабілітаційними установами. Постановою передбачається визначити орган ліцензування професійної діяльності у сфері надання реабілітаційних послуг – Міністерство праці та соціальної політики України, Раду Міністрів АР Крим, обласні, Київську та Севастопольську міські державні адміністрації. Одночасно постановою затверджується перелік документів, які додаються до заяви про видачу ліцензії для професійної діяльності у сфері надання соціальних послуг. Виконання цієї постанови дасть можливість розпочати ліцензування реабілітаційних послуг у відповідних установах на професійній основі.

**Наказ Мінпраці № 104 від 15.03.2007 «Щодо організації, обліку та звітності з надання інвалідам та дітям-інвалідам реабілітаційних послуг»** містить Порядок організації, обліку та звітності з надання інвалідам та дітям-інвалідам реабілітаційних послуг в установах усіх форм власності незалежно від підпорядкування; зразки та форми облікової документації з організації, обліку та звітності з надання інвалідам та дітям-інвалідам реабілітаційних послуг (заява про направлення до реабілітаційної установи, журнал реєстрації місцевим органом праці та соціального захисту населення заяв інвалідів, законних представників дітей-інвалідів на надання реабілітаційних послуг в реабілітаційній установі; журнал реєстрації документів інвалідів, законних представників дітей-інвалідів на надання реабілітаційних послуг в реабілітаційній установі, поданих місцевим органом праці та соціального захисту населення регіональному органу праці та соціального захисту населення; форма звітності про надання інваліду або дитині-інваліду реабілітаційних послуг).

**Постанова КМУ № 716 від 12.05.2007 «Про затвердження Державної програми розвитку системи реабілітації та трудової зайнятості осіб з**

**обмеженими фізичними можливостями, психічними захворюваннями та розумовою відсталістю на період до 2011 року». Основними завданнями Програми є: удосконалення системи надання реабілітаційних послуг; створення умов для доступу осіб з обмеженими фізичними можливостями, психічними захворюваннями та розумовою відсталістю до всіх видів освітніх послуг; підвищення рівня зайнятості зазначених осіб; створення умов для безперешкодного доступу до об'єктів соціальної інфраструктури і транспортних засобів осіб з обмеженими фізичними можливостями; створення централізованої бази даних з проблем інвалідності; співробітництво органів виконавчої влади з громадськими організаціями інвалідів.**

**Наказом МОЗ України № 336 від 19.06.2007 «Щодо реалізації Державної програми розвитку системи реабілітації та трудової зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями, психічними захворюваннями та розумовою відсталістю на період до 2011 року» передбачається: провести реорганізацію системи реабілітаційних установ з урахуванням вікового цензу інвалідів і дітей-інвалідів шляхом визначення окремих центральних органів виконавчої влади відповідальними за певний вид реабілітації; розробити та затвердити порядок взаємодії реабілітаційних установ різного підпорядкування і концепції їх розвитку, визначити граничну кількість (зокрема за видами реабілітації) з урахуванням чисельності інвалідів і дітей-інвалідів; вивчити питання щодо запровадження державного замовлення на надання реабілітаційних послуг інвалідам і дітям-інвалідам; ввести до штатних розписів інтернатних установ, що належать до сфери управління Мінпраці, посади фахівців з медичної та фізичної реабілітації (масажистів), практичного психолога; створити реєстр реабілітаційних установ, що займаються наданням послуг інвалідам і дітям-інвалідам.**

Але варто відзначити, що хоч Закон «Про реабілітацію інвалідів в Україні» дає визначення термінів «реабілітація» та «абілітація», гарантує отримання інвалідом ІПР, її виконання та регулярний перегляд, проте він не визначає ні порядку надання реабілітаційних послуг, ні механізму їх впровадження. Нормативно не врегульовано постійних джерел фінансування для здійснення реабілітації, не визначено механізмів надання та прав на отримання послуг з реабілітації, не розроблені кількісні нормативи щодо гарантованих реабілітаційних послуг та методики визначення обсягу гарантованих реабілітаційних послуг; не сформовано державну службу реабілітації інвалідів. Недостатньою є кількість реабілітаційних закладів для інвалідів з психічними захворюваннями та розумовою відсталістю. Крім того, концентрація системи реабілітації виключно на спеціалізованих закладах не відповідає міжнародним стандартам, відповідно до яких успіх реабілітації інвалідів залежить від здійснення заходів реабілітації у загальних закладах (освіти, охорони здоров'я тощо).

***9. Варто забезпечити всебічну участь у програмах по ранньому виявленню дефектів, їх оцінці та лікуванню дефектів, наданню першої допомоги, направленню у відповідні установи сфери соціального обслуговування, інвалідів та членів їх сімей на індивідуальній основі, а також організацій інвалідів в процесі планування та оцінки діяльності. Слід***

*організувати підготовку працівників місцевих громад інвалідів для участі в такій діяльності. Це дозволить попереджувати та скорочувати масштаби інвалідності або ліквідувати її наслідки (Правило 2 Стандартних правил забезпечення рівних можливостей інвалідів).*

У відповідності з цим положенням в законодавстві та нормативній базі передбачено те, що програми розробляються МСЕК за участю інвалідів.

**Спільним Наказом МОЗ та АМН України № 938-78 від 16.12.2009 «Про затвердження заходів МОЗ та АМН України щодо рішення Комітету ВРУ у справах пенсіонерів, ветеранів та інвалідів «Про медичну реабілітацію інвалідів-спинальників та їх санаторно-курортне оздоровлення» від 16.07.2009 на 2010-2012 роки»** передбачається забезпечити всебічне сприяння діяльності громадських організацій та заснованих ними реабілітаційних установ.

Але ефективні механізми залучення інвалідів в місцеве співтовариство відсутні. Питання нормативного забезпечення участі організацій інвалідів та сімей інвалідів у розробці програм медичної реабілітації залишається невирішеним. Норма про підготовку працівників місцевих громад для виявлення інвалідності не знайшла відображення у законодавчих та нормативних актах.

Отже, станом на 01.07.2011 р. у законодавчій та нормативній базі України стосовно наближення **медичної реабілітації інвалідів** до міжнародних норм залишаються *невирішеними деякі питання*, зокрема:

1) статті щодо охорони здоров'я інвалідів не є захищеними, не визначені механізми гарантування та забезпечення фінансування щодо створення відповідної інфраструктури по наданню медичної допомоги інвалідам та здійсненню їх медичної реабілітації;

2) не визначений перелік безкоштовних гарантованих медичних послуг для інвалідів і дітей-інвалідів кожної нозології та його фінансування в повному обсязі в закладах, розташованих поблизу місць безпосереднього проживання цих людей;

3) всі діючі на цей момент документи не передбачають прав і обов'язків як держави, так і інваліда у реабілітаційному процесі, порядок реалізації ІПР, фінансування її заходів, тому рішення цих питань в умовах обмеженого фінансування не забезпечує необхідний рівень і відповідність завданням повноцінної інтеграції інвалідів у всі сфери життя суспільства;

4) на підзаконному рівні відсутні нормативно-правові акти, які б визначали нормативи обладнання лікарень спеціальними засобами, палатами (відокремленими індивідуально), пристосованими для знаходження інвалідів, повну забезпеченість медичного персоналу сучасними медичними засобами для надання медичної допомоги та реабілітації інвалідів;

5) немає державної програми по наданню гарантованих обсягів медичної допомоги інвалідам із визначенням гарантій забезпечення ліками;

6) не налагоджена система постійної підготовки медичного персоналу в сфері реабілітації інвалідів;

7) не врегульовані принципи ранньої діагностики стану особи, що призводить до інвалідності (зокрема, в сфері психіатрії відсутня діагностика та огляди осіб дошкільного та шкільного віку);

8) недостатньою є кількість реабілітаційних закладів для інвалідів з психічними захворюваннями та розумовою відсталістю;

9) законодавчо не вирішені питання участі організацій інвалідів, інвалідів та членів їх сімей у програмах раннього виявлення, оцінки та лікування дефектів, розробці програм медичної реабілітації;

10) законодавчо не передбачено належних заходів для забезпечення доступу людей з інвалідністю до послуг сфери охорони здоров'я, що враховують гендерну специфіку.

**Необхідно:**

1) визначити механізми гарантування та забезпечення фінансування щодо створення відповідної інфраструктури по наданню медичної допомоги інвалідам та здійсненню їх медичної реабілітації;

2) визначити перелік безкоштовних гарантованих медичних послуг для інвалідів і дітей-інвалідів кожної нозології та його фінансування в повному обсязі в закладах, розташованих поблизу місць безпосереднього проживання цих людей;

3) визначити права і обов'язки як держави, так і інваліда у реабілітаційному процесі, порядок реалізації ППР, фінансування її заходів;

4) розробити Порядок фінансового забезпечення ППР інвалідів та дітей-інвалідів за принципом "гроші ходять за інвалідом", провести його апробацію і впровадити в практику;

5) нормативними актами визначити нормативи обладнання лікарень спеціальними засобами, палатами (відокремленими індивідуально), пристосованими для знаходження інвалідів, повну забезпеченість медичного персоналу сучасними медичними засобами для надання медичної допомоги та реабілітації інвалідів;

6) налагодити систему постійної підготовки медичного персоналу в сфері реабілітації інвалідів;

7) прискорити прийняття Концепції державної цільової програми «Медична реабілітація» на 2011-2015 роки (з урахуванням взаємозв'язків медико-біологічних і соціально-економічних аспектів інвалідності і реабілітації інвалідів та особливостей медичної реабілітації інвалідів);

8) провести аналіз законодавчих актів в сфері медичної допомоги інвалідам (в т.ч. – медикаментозної допомоги) та розробити державну програму по наданню гарантованих обсягів медичної допомоги інвалідам із визначенням гарантій забезпечення ліками;

9) прискорити прийняття Постанови КМУ «Про затвердження Порядку забезпечення інвалідів та дітей-інвалідів виробами медичного призначення та Переліку виробів медичного призначення для забезпечення інвалідів та дітей-інвалідів»;

10) створити державну службу реабілітації інвалідів; розробити законодавчо-нормативну базу її діяльності;

11) для профілактики інвалідності вирішити на рівні управлінь охорони здоров'я держадміністрацій питання про створення в усіх лікувально-профілактичних закладах реабілітаційних служб (відділень, кабінетів);

12) розвивати мережу реабілітаційних закладів для інвалідів у сфері охорони здоров'я;

13) зобов'язати місцеві органи влади щорічно розробляти у кожному регіоні комплексні програми профілактики та зниження інвалідності населення працездатного віку, працюючих, та забезпечити контроль за їх виконанням;

14) врегулювати принципи ранньої діагностики стану особи, що призводить до інвалідності (зокрема, в сфері психіатрії – діагностику та огляди осіб дошкільного та шкільного віку);

15) здійснювати організацію робіт щодо комплексного вивчення виробничих, медичних, психологічних, екологічних, соціальних причин виникнення інвалідності, її рівня та динаміки;

16) збільшити кількість реабілітаційних закладів для інвалідів з психічними захворюваннями та розумовою відсталістю; надати можливість використання супроводу на період перебування дитини-інваліда й інваліда, визнаного недієздатним внаслідок психічного захворювання або розумової відсталості, в установах санаторно-курортного лікування на правах клієнта;

17) законодавчо вирішити питання всебічної участі у програмах раннього виявлення, оцінки та лікування дефектів, розробці програм медичної реабілітації інвалідів та членів їх сімей на індивідуальній основі, а також організацій інвалідів в процесі планування та оцінки діяльності;

18) активізувати роботу по організації реалізації ІПР інвалідів та контролю за виконанням, проводити облік та оцінку ефективності її виконання та корегування у ході виконання;

19) законодавчо передбачити заходи для забезпечення доступу людей з інвалідністю до послуг сфери охорони здоров'я, що враховують гендерну специфіку.

## **ПРОФЕСІЙНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ ІНВАЛІДІВ**

Одним із видів реабілітаційної допомоги є *професійна реабілітація*, яка включає професійний відбір, професійну орієнтацію, професійне навчання або перекваліфікацію, раціональне працевлаштування.

Право інвалідів на працевлаштування та зайнятість інвалідів в українському законодавстві не декларується, хоча заходи держави у наданні таких послуг зазначені.

Критеріями оцінки українського законодавства з питань зайнятості інвалідів вибрані положення Статті 27 («*Праця та зайнятість*») **Конвенції про права інвалідів** (ратифікованої ЗУ № 1767-VI від 16.12.2009 р.), а також положення міжнародних норм, відображені у **Декларації ООН про права інвалідів**, **Європейській соціальній хартії**, **Правилі 7 Стандартних правил забезпечення рівних можливостей інвалідів та Конвенції № 159 Міжнародної організації праці «Професійна реабілітація та зайнятість інвалідів»:**

**1. Принцип рівності можливостей інвалідів і працівників в цілому. Заходи забезпечення рівності не повинні бути дискримінаційними щодо інших працівників (ст. 4. Конвенції МОП №159)**

Цей принцип забезпечується ст. 1 ЗУ «**Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні**» (1991, із доповненнями та змінами) де зазначається, що інваліди володіють усією повнотою соціально-економічних, політичних,

особистих прав і свобод. Дискримінація інвалідів забороняється та переслідується законом.

Згідно із ЗУ «Про внесення змін до деяких законів України щодо реалізації інвалідами права на трудову діяльність» від 23.02.2006 р. № 3483-IV, а також Положенням про порядок реєстрації, перереєстрації та ведення обліку громадян, які шукають роботу, і безробітних, виплати допомоги по безробіттю, а також умови надання матеріальної допомоги в період професійної підготовки та перепідготовки, затвердженим постановою КМУ від 27.04.1998, інвалідам, які не працюють та не досягли пенсійного віку, з 8-го дня після реєстрації в центрі зайнятості у разі відсутності підходящої роботи надається статус безробітного з відповідними виплатами йому та непрацюючим членам родини. Дотримується рівність можливостей та ставлення до працюючих чоловіків і жінок, котрі працюють і є інвалідами.

**9. Заохочення програм професійної та кваліфікаційної реабілітації, збереження робочих місць і повернення на роботу для інвалідів (ст. 27 Конвенції про права інвалідів).**

Державною типовою програмою реабілітації інвалідів, затвердженою Постановою КМУ № 1686 від 8 грудня 2006 р., встановлено «гарантований державою перелік послуг з... професійної, трудової... реабілітації... які надаються інваліду, дитині-інваліду безоплатно або на пільгових умовах з урахуванням фактичних потреб залежно від віку, статі, виду захворювання (каліцтва)». Програма визначає системний підхід до організації реабілітації, послідовності і наступності у проведенні багатопрофільних реабілітаційних заходів, запровадження державних реабілітаційних стандартів і установа контролю за якістю реабілітаційних послуг. Все це має сприяти відновленню оптимального фізичного, інтелектуального, психічного і соціального рівня життєдіяльності особи для її інтеграції в суспільство (див. *Медицина реабілітація*). Фінансування програми здійснюється за рахунок коштів державного бюджету, Фонду соціального захисту інвалідів, Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, місцевих бюджетів, а також інших джерел.

Проте на сьогоднішній день існує диспропорція в законодавчих актах, що регламентують соціальний захист інвалідів та їх родин та посилення трудової спрямованості інвалідів, оскільки існуючі положення не забезпечують заохочення інвалідів до праці. Так, згідно ЗУ «Про внесення змін до деяких законів України щодо реалізації інвалідами права на трудову діяльність» від 23.02.2006 р. № 3483-IV, інвалідам, які не працюють та не досягли пенсійного віку, з 8-го дня після реєстрації в центрі зайнятості у разі відсутності підходящої роботи надається статус безробітного з відповідними виплатами йому та непрацюючим членам родини. В той же час, у відповідності із ЗУ «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування», виплати цієї допомоги інваліду при його працевлаштуванні припиняються і зменшується розмір пенсії по інвалідності.

**2. Активна підтримка державою включення інвалідів у вільний ринок праці за допомогою наступних заходів:** 1) професійної підготовки; 2) встановлення стимулюючих квот; 3) зарезервованого, або цільового

працевлаштування; 4) надання позик або субсидій малим підприємствам, які наймають робітників-інвалідів; 5) укладення спеціальних контрактів і надання переважних прав на виробництво цим підприємства; 6) надання їм інших видів технічної та фінансової допомоги. **Державне стимулювання роботодавців здійснювати розумні заходи для створення інвалідам відповідних умов (шляхом заохочувальних або штрафних санкцій) (п. 2 Правила 7 Стандартних правил забезпечення рівних можливостей інвалідів).**

**Національною програмою професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями на 2001-2005 роки, затвердженою Указом Президента України № 519/2001 від 13.07.2001, було передбачено низку заходів професійної орієнтації, професійного навчання та зайнятості інвалідів, зокрема, вдосконалення механізму заохочення роботодавців до працевлаштування інвалідів; відновлення працездатності; сприяння інвалідам в отриманні освіти, фаху, вільному обранні місця роботи; збільшення кількості працюючих інвалідів до 400 тис. осіб; створення сприятливих умов для співпраці ГО інвалідів з роботодавцями, профспілками та органами влади у сфері зайнятості; доповнення Державного класифікатору професій новими професіями та спеціальностями, пов'язаних з професійною, соціальною та медичною реабілітацією інвалідів; розробка нормативів чисельності реабілітологів для спеціальних шкіл-інтернатів, центрів професійної реабілітації інвалідів та навчально-виробничих підприємств (тут заплановано запровадити посади вчителів-реабітологів); відповідальною установою за розробку і реалізацію технологій професійної реабілітації в Україні визначити Всеукраїнський Центр професійної реабілітації. Загалом завдання Програми були виконані.**

**ЗУ «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні»** визначає в ст. 12 та ст. 20 *квоти обов'язкового працевлаштування інвалідів у розмірі 4% від загального числа працюючих. Пізніше ЗУ № 1771-IV від 15.06.2004* внесені зміни у *квотну систему* працевлаштування інвалідів. Закон зобов'язує підприємства та організації з чисельністю працівників від 8 до 15 осіб створювати одне робоче місце для інваліда. За невиконання цієї норми передбачено *штраф* у розмірі половини середньої річної заробітної плати на відповідному підприємстві.

**Постанова КМУ № 1836 від 27 грудня 2006 р. «Про реалізацію статті 18<sup>1</sup> Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні»** спрямована на розширення можливостей у працевлаштуванні інвалідів, підвищення рівня їх зайнятості. Вона дозволить задіяти механізми: 1) створення спеціальних робочих місць для працевлаштування інвалідів на підприємствах, в установах, організаціях та у фізичних осіб, які використовують найману працю, шляхом економічного зацікавлення роботодавця – у вигляді дотації, тобто компенсації витрат, на створення такого місця; 2) проведення професійного навчання у разі невідповідності освітньо-кваліфікаційного рівня особи-інваліда вимогам роботодавця. Впровадження Порядку надання дотацій роботодавцю за рахунок коштів Фонду соціального захисту інвалідів на створення спеціальних робочих місць для інвалідів, зареєстрованих у державній службі зайнятості та Порядку проведення професійної підготовки, підвищення кваліфікації і перепідготовки інвалідів, зареєстрованих у державній службі зайнятості, за рахунок коштів Фонду соціального захисту інвалідів сприятиме підвищенню

конкурентоспроможності на ринку праці осіб з обмеженими фізичними можливостями та забезпечить підвищення соціального захисту осіб з інвалідністю, їх професійної реабілітації, зайнятості, максимальної адаптації до суспільного життя.

**Постанова КМУ № 70 від 31.01.2007 «Про реалізацію статей 19 і 20 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні»** містить: Порядок реєстрації підприємств, установ, організацій та фізичних осіб, що використовують найману працю; Порядок подання підприємствами, установами, організаціями та фізичними особами, що використовують найману працю, звітів про зайнятість і працевлаштування інвалідів та інформації, необхідної для організації їх працевлаштування; Порядок зарахування кількості робочих місць для працевлаштування інвалідів до нормативу таких робочих місць у господарських об'єднаннях, до складу яких входять підприємства громадських організацій інвалідів; Порядок сплати підприємствами, установами, організаціями та фізичними особами, що використовують найману працю, суми адміністративно-господарських санкцій та пені за невиконання нормативу робочих місць для працевлаштування інвалідів; Порядок використання суми адміністративно-господарських санкцій та пені за невиконання нормативу робочих місць для працевлаштування інвалідів, що надійшли до державного бюджету; Порядок проведення перевірки підприємств, установ, організацій та фізичних осіб, що використовують найману працю. Її Прийняття цієї постанови вдосконалить механізм використання Фондом соціального захисту інвалідів коштів адміністративно-господарських санкцій на заходи з реабілітації інвалідів, сприятиме збільшенню кількості створених робочих місць для працевлаштування інвалідів та покращенню іміджу всього Уряду, оскільки визначає чіткі механізми взаємовідносин роботодавців з Фондом соціального захисту інвалідів.

*Зарезервоване або цільове працевлаштування забезпечується ЗУ «Про зайнятість населення»* від 01.03.1991 р., де в ст. 5 передбачено *бронювання* на підприємствах, в установах та організаціях 5% загальної кількості робочих місць для громадян, які потребують соціального захисту.

**Постанова КМУ від 28.12.2001 «Про затвердження Порядку сплати підприємствами (об'єднаннями), установами і організаціями штрафних санкцій до відділень Фонду соціального захисту інвалідів, акумуляції, обліку та використання цих коштів»** запроваджує заохочувальний захід для підприємств створювати робочі місця для інвалідів. Передбачається надання *безвідсоткової позики* (з терміном повернення до трьох років) для створення робочих місць для інвалідів. Позики надаються за рахунок коштів, отриманих у формі штрафів за недотримання підприємствами квоти у розмірі 4% робочих місць для працевлаштування інвалідів. Позики надаються на договірних умовах тільки підприємствам, які забезпечують норматив робочих місць, у разі їх звернення до відділень Фонду в межах коштів, виділених на зазначені потреби в поточному році. ГО інвалідів, їх підприємствам та організаціям зазначені позики надаються лише за наявності відповідного рішення Комісії з питань діяльності підприємств та організацій ГО інвалідів. Постанова чітко визначає використання Фондом коштів, які надходять у формі штрафів. Крім надання цільової позики на створення робочих місць, ці кошти використовуються для фінансування заходів

щодо соціальної, трудової, фізкультурно-спортивної (за поданням Національного комітету спорту інвалідів) та професійної реабілітації інвалідів. Таким чином, запроваджено дієвий механізм заохочення, а не примусу підприємств у працевлаштуванні інвалідів. Обмеження, які накладаються на підприємства інвалідів, свідчать про зміщення акценту на переважне працевлаштування інвалідів на вільному ринку праці.

Активізація державної підтримки підприємств інвалідів значною мірою пов'язувалась із проведенням у 2003 році *Року людей з інвалідністю*. Указом Президента № 1112/2002 від 02.12.2002 «Про додаткові заходи щодо посилення соціального захисту інвалідів та проведення в Україні у 2003 році Року людей з інвалідністю» КМУ зобов'язувався: забезпечити надання державної підтримки (в т.ч. з питань оподаткування) підприємствам інвалідів та інвалідам, які займаються підприємницькою діяльністю; забезпечити удосконалення порядку використання коштів Фонду соціального захисту інвалідів для створення робочих місць для інвалідів. Серед іншого, мова йшла і про *кредитування створення робочих місць для інвалідів*. Указом також передбачено такий захід *стимулювання підприємців*, як включення до умов конкурсу на звання «Кращий роботодавець року» результативність роботи із створення робочих місць для інвалідів.

В Постанові КМУ № 1686 від 16.12.2004 «Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України» зазначається, що з 1 січня 2005 року на підприємствах, де працює більше 15 осіб, суми штрафних санкцій визначаються в розмірі середньорічної заробітної плати на відповідному підприємстві за кожне робоче місце, не зайняте інвалідом, а на підприємствах, де працює від 8 до 25 осіб, – у розмірі половини середньорічної заробітної плати на відповідному підприємстві за кожне робоче місце, не зайняте інвалідом.

Згідно з Наказом Мінпраці України № 273 від 03.11.2004 «Про внесення змін до Порядку видачі довідки про кількість працюючих інвалідів та загальну кількість працюючих на підприємстві та в організації громадської організації інвалідів», підприємство, щоб отримати довідку про кількість працюючих на підприємстві, у його філії (відповідно до територіального місцезнаходження) та в ГО інвалідів, має подати до відділення Фонду соціального захисту інвалідів такі документи: заяву, копію довідки з ЄДРПОУ, звіт про кількість працюючих інвалідів за попередній рік, список інвалідів, які працюють на підприємстві та в організації ГО інвалідів. Якщо підприємство працює менше року, відповідний звіт подається за весь період діяльності підприємства, але не менш ніж за 1 звітний квартал.

Наказ Мінпраці України № 338 від 29.12.2004 «Про затвердження форми № 10-III поштова-річна “Звіт про зайнятість та працевлаштування інвалідів” та Інструкції щодо її заповнення» поширюється на всі юридичні особи та їх відокремлені підрозділи незалежно від форми власності і організаційно-правових форм господарювання, на яких працює від 15 і більше осіб, а за 2005 рік і наступні роки – від 8 і більше осіб. У разі, коли підприємство, що має філії, відділення та/або інші відокремлені підрозділи, подає централізований звіт та централізовано сплачує штрафні санкції за нестворені робочі місця для інвалідів, то воно разом зі звітом надає до відповідного

відділення Фонду супроводжувальний звіт та перелік філій, які входять до складу підприємства згідно з додатком до звіту. Філії також надають за своїм місцезнаходженням до відповідних відділень Фонду звіт та лист-повідомлення про подання підприємством централізованого звіту та сплату штрафних санкцій.

Враховуючи вимоги *Конвенції 159 про професійну реабілітацію та зайнятість інвалідів* МОП та *Стандартних правил забезпечення рівних можливостей для інвалідів*, затверджених резолюцією Генасамблеї ООН від 20 грудня 1993 року № 48/96, **ЗУ «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України стосовно вирішення проблем професійної і трудової реабілітації інвалідів» № 2960-IV від 06.10.2005** було визначено доповнити такі Закони України як *«Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні»*, *«Про податок на додану вартість»*, *«Про оподаткування прибутку підприємств»*, *«Про плату за землю»*, *«Про закупівлю товарів, робіт і послуг за державні кошти»* положеннями, які дозволять визначити нові напрями використання коштів, що надходять до державного бюджету у вигляді штрафних санкцій за порушення нормативів робочих місць для працевлаштування інвалідів, надати підприємствам (об'єднанням), установам і організаціям, суб'єктам підприємницької діяльності – фізичним особам, які використовують найману працю, – можливість вибору форми виконання своїх обов'язків щодо забезпечення зайнятості інвалідів. Водночас у ЗУ *«Про державну податкову службу в Україні»* пропонується визначити повноваження органів Державної податкової адміністрації України щодо контролю за виконанням нормативів робочих місць для забезпечення працевлаштування інвалідів, квот робочих місць для працевлаштування громадян, які потребують соціального захисту і не здатні на рівних конкурувати на ринку праці, та за цільовим використанням дотацій на виробництво засобів реабілітації інвалідів, отриманих за рішенням Фонду соціального захисту інвалідів.

Таким чином, законодавство України визначає квоту робочих місць для інвалідів та штрафні санкції для роботодавців за недотримання такої квоти. Норми щодо стимулювання підприємств для забезпечення включення інвалідів у вільний ринок праці є найбільш проблемними для українського законодавства та політики зайнятості загалом. Навпаки, квотна система створення робочих місць для інвалідів, яка все більше викликає невдоволення роботодавців, стала більш жорсткою. Норми працевлаштування інвалідів та відповідні штрафні санкції за їх невиконання поширені і на малі підприємства чисельністю від 8 працівників. Не визначено, які інструменти заохочення підприємств щодо працевлаштування інвалідів із передбачених міжнародними нормами будуть застосовуватись.

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

Заходи по проектуванню та пристосуванню робочих місць для інвалідів покладаються на підприємства. Згідно з ст. 18 ЗУ *«Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні»*, підприємства, які використовують працю інвалідів, зобов'язані створювати для них *умови праці* з урахуванням ППР. Крім

того, зазначається, що підбір робочого місця здійснюється переважно на підприємстві, де настала інвалідність.

Відповідно до **Положення про робоче місце інваліда і про порядок працевлаштування інвалідів, затверджене Постановою КМУ № 314 від 03.05.1995 «Про організацію робочих місць та працевлаштування інвалідів»**, підприємства та установи повинні в разі потреби забезпечити *спеціальне робоче місце інваліда*, обладнане спеціальним технічним оснащенням для праці інваліда залежно від дефектів чи нозологічних форм захворювання з урахуванням рекомендацій МСЕК. Крім того, робоче місце для інваліда повинне бути *атестоване* спеціальною комісією.

**ЗУ «Про внесення змін до ЗУ «Про охорону праці» № 229-IV від 21.11.2002** зобов'язує підприємства, які використовують працю інвалідів, створювати умови праці, що відповідають вимогам МСЕК та ІПР інвалідів, а також створювати додаткові умови безпеки праці інвалідів.

**Наказом МОЗ України № 87 від 12.02.2009 «Про заходи щодо вирішення проблем інвалідів по зору в Україні»** передбачається організувати підготовку за індивідуальними програмами та працевлаштування у закладах охорони здоров'я кваліфікованих масажистів з числа інвалідів по зору.

Проте, не передбачено системи підтримки на робочому місці інвалідів, які потребують персональної допомоги та супроводу; не передбачено механізмів контролю за створенням рівних умов праці. Необхідно запровадити систему механізмів створення індивідуальних робочих місць для інвалідів у відповідності із санітарно-гігієнічними вимогами до праці інвалідів.

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

Цьому відповідала **Національна програма, введена в дію Постановою КМУ від 07.05.1997 «Про розвиток вітчизняного виробництва засобів реабілітації інвалідів в 1997-2005 роках»**, яка передбачала заходи підтримки у використанні нових технологій в розробці та виробництві засобів, пристроїв та обладнання і заходи по полегшенню доступу інвалідів до таких засобів та обладнання з метою отримання та збереження за собою робочого місця.

**Постанова КМУ від 07.12.2000 «Про подальший розвиток вітчизняного виробництва засобів реабілітації інвалідів»** передбачала фінансування та порядок проведення наукових досліджень стосовно матеріалів для засобів реабілітації інвалідів, а також фінансування виробництва протезно-ортопедичних засобів та засобів пересування для інвалідів.

**Розпорядженням КМУ від 15.03.2002 «Про затвердження заходів щодо забезпечення економічного та соціального розвитку України у 2002 році»** передбачалось запровадити державні стандарти реабілітаційної техніки для інвалідів відповідно до світових та європейських стандартів.

**Постанова КМУ від 26.04.2002 «Про внесення змін до постанови КМУ № 1788 від 7 грудня 2000 року»** встановила новий порядок фінансування наукових досліджень, перелік та обсяги фінансування підприємств, які виробляють протези та засоби пересування.

В **Постанові КМУ № 716 від 12.05.2007 «Про затвердження Державної програми розвитку системи реабілітації та трудової зайнятості осіб з**

обмеженими фізичними можливостями, психічними захворюваннями та розумовою відсталістю на період до 2011 року» одним з основних завдань визначено поліпшення якості і розширення номенклатури технічних та інших засобів реабілітації, і реабілітаційних послуг, розроблення та впровадження сучасних технологій виготовлення таких засобів і та надання послуг.

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

**ЗУ «Про Загальнодержавну програму підтримки молоді на 2004-2008 роки» № 1281-IV від 18.11.2003** передбачає фінансування заходів щодо навчання та професійної підготовки молоді із особливими потребами. В ході реалізації програми передбачається створення системи фахової підготовки інвалідів у середніх та вищих навчальних закладах, а також системи дистанційного навчання через мережу Інтернет. Крім того, заплановано навчання навичкам підприємницької діяльності та сприяння підприємницькій діяльності молодих інвалідів.

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

**ЗУ «Про внесення змін до ЗУ “Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні”» N 1773-IV від 15.06.2004** передбачається, що державою визнається дактильно-жестова мова як засіб навчання інвалідів. Правовий статус та застосування цієї мови повинен визначатись спеціальним законодавством. Відповідно, законодавством враховується специфіка навчання інвалідів по слуху. Крім того, держава здійснює підтримку ЗМІ, видавництва, підприємств та організацій, які випускають спеціальну літературу, звукову та відеопродукцію для інвалідів. Інвалідам по слуху послуги із сурдоперекладу та сурдотехніка надаються відповідно до **ЗУ «Про соціальні послуги» № 966-IV від 19.06.2003**. Згідно з цим Законом, інваліди мають право на освітні соціальні послуги та послуги із працевлаштування, які надаються як державними так і недержавними суб'єктами. Безоплатні соціальні послуги отримують одинокі інваліди, не здатні до самообслуговування. Інваліди, забезпечені доглядом і мають близьких отримують соціальні послуги на платній основі.

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

**Наказом МОЗ України № 336 від 19.06.2007 «Щодо реалізації Державної програми розвитку системи реабілітації та трудової зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями, психічними захворюваннями та розумовою відсталістю на період до 2011 року»** передбачається розробити та затвердити методичні рекомендації щодо організації навчання осіб з обмеженими фізичними можливостями у професійно-технічних і вищих навчальних закладах.

Таким чином, положення українського законодавства щодо забезпечення послуг з навчання та працевлаштування інвалідів набули розвитку. В законодавстві закріплено положення щодо застосування дактильно-жестової мови, підтримки видавців просвітницьких матеріалів для інвалідів, створення системи дистанційного навчання для інвалідів, надання недержавних соціальних послуг із працевлаштування та навчання.

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

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

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

Затверджений постановою КМУ від 29.02.1996 «Порядок формування та розміщення державних замовлень на поставку продукції для державних потреб і контролю за їх виконанням» передбачає надання переваг підприємствам УТОС, УТОГ та Союзу організацій інвалідів під час конкурсу на поставку продукції та застосування, так званої, *преференційної поправки* у розмірі 15% ціни на продукцію цих підприємств. **Постанова КМУ № 1650 від 13.12.2001 «Про внесення змін до постанови від 29 лютого 1996 р. № 266»** в новій редакції цієї постанови зберігає положення про преференційну поправку у розмірі 15% і підтверджує пріоритетність і формуванні державного замовлення поставок продукції, що виробляються підприємствами УТОГ, УТОС та Союзу організацій інвалідів.

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

Додаткові пільги для підприємств інвалідів щодо закупівлі державою товарів та послуг передбачені **Постановою КМУ № 1435 від 10.09.2003 «Про закупівлю продукції підприємств громадських організацій інвалідів та пенітенціарної системи»**. За цим документом до тендеру на отримання державного замовлення залучаються виключно підприємства інвалідів та пенітенціарної системи, якщо закуповуються товари, що виробляються цими підприємствами і ці товари включені до списку, затвердженого Мінекономіки за погодженням Мінпраці. Цією ж Постановою були внесені зміни до **Постанови**

КМУ № 266 від 29.02.1996, якою передбачались застосування преференційної поправки на продукцію підприємств УТОГ, УТОС та Союзу організацій інвалідів. Відтепер застосування цієї пільги стосується будь-яких підприємств громадських організацій інвалідів.

Фінансова допомога підприємствам інвалідів забезпечувалась такими документами:

1) Розпорядженням Президента України від 13.11.2001 «Про заходи щодо посилення соціального захисту осіб з обмеженими фізичними можливостями» та Розпорядженням КМУ «Про надання безповоротної фінансової допомоги УТОГ для створення, збереження та технічне переоснащення робочих місць для інвалідів»;

2) Комплексною програмою забезпечення реалізації Стратегії подолання бідності, затвердженою Постановою КМУ від 21.12.2001, яка зобов'язала Мінпраці, Мінфін, Мінекономіки та Міністерство з питань європейської інтеграції, Державну податкову адміністрацію, Фонд соціального захисту інвалідів, Комісію з питань діяльності підприємств та громадських організацій інвалідів надавати громадським організаціям інвалідів, їх підприємствам та організаціям державну допомогу у вигляді фінансової допомоги, кредитування, розміщення державного замовлення;

3) Постановою КМУ від 19.04.2002 «Про затвердження переліку об'єктів, що фінансуються за рахунок державних централізованих капітальних вкладень у 2002 році», було передбачено фінансування об'єктів УТОС та УТОГ в обсязі 1 млн. 100 тис. грн. на кожне товариство, що склало майже половину обсягів фінансування Мінпраці.

В питанні державної підтримки підприємств був прийнятий ряд урядових документів, спрямованих на підтримку ТОВ «Співдружність ініціативних працездатних інвалідів», серед яких:

Розпорядження КМУ № 406-р від 05.09.2001 «Про надання ТОВ "Співдружність ініціативних працездатних інвалідів" товарного кредиту», яке зобов'язало Фонд України соціального захисту інвалідів надати Товариству товарний кредит у сумі 500 тис. грн. терміном на 6 місяців із застосуванням нульової ставки за користування ним;

Розпорядження КМУ № 1448 від 27.10.2001 «Про відвантаження нафти товариству з обмеженою відповідальністю "Співдружність ініціативних працездатних інвалідів" (м. Херсон)», яке зобов'язало ВАТ «Укрнафта» відвантажити Товариству на пільгових умовах 2 тис. т. нафти (по ціні в 2 рази нижче ринкової) для надання благодійної допомоги інвалідам війни та праці, дітям-інвалідам та дитячим будинкам м. Херсона;

Розпорядження КМУ № 225-р від 26.04.2002 «Про надання ТОВ "Співдружність ініціативних працездатних інвалідів" відстрочки на умовах податкового кредиту у сплаті податку на додану вартість, акцизного збору та податку на прибуток із застосуванням нульової ставки за користування цим кредитом», яке надавало підприємству вказаний у назві розпорядження кредит до 25.12.2002;

Розпорядження КМУ № 172-р від 26.03.2003 «Про деякі заходи щодо забезпечення створення ТОВ «Співдружність ініціативних працездатних

інвалідів” (м. Херсон) нових робочих місць для працевлаштування інвалідів», яке зобов’язало ВАТ “Укрнафта” до березня 2005 р. надавати цьому підприємству щомісяця 50 тис. куб. метрів природного газу за цінами поставки у бюджетні організації з врахуванням ПДВ. Кошти, отримані від реалізації цього газу за ринковими цінами, були спрямовані на створення нових виробничих площ із працевлаштуванням інвалідів, а також для благодійної допомоги закладам для дітей-інвалідів Херсонської та Київської областей;

**Розпорядженням КМУ № 778-р від 18.12.2003 Про надання цільової позики підприємству “Співдружність ініціативних працевдатних інвалідів–К” на створення нових робочих місць, призначених для працевлаштування інвалідів»** вказане підприємство отримало від Фонду соціального захисту інвалідів 5 млн. грн. для створення не менше 50 робочих місць для інвалідів.

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

В законодавстві також були закріплені “земельні” пільги для підприємств організації інвалідів:

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

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

Отже, прийняті підзаконні акти підтверджують спрямованість виконавчої влади на створення робочих місць для інвалідів шляхом підтримки організацій інвалідів та їх підприємств. Саме вони отримують переваги при розміщенні державного замовлення, кредити, фінансову допомогу, державну власність для створення робочих місць. При цьому міжнародні норми наголошують саме на необхідності працевлаштування інвалідів на вільному ринку праці і тільки як варіант створення спеціальних господарських одиниць для гарантованого працевлаштування інвалідів. Очевидно, що українська нормативна база поки ще не відповідає таким вимогам.

**7. Державним органам влади, організаціям робітників та роботодавців слід співпрацювати між собою та з організаціями інвалідів у реалізації рівноправної політики в сфері найму та просування по службі, покращення умов праці, рівня заробітної платні, недопущення травм та ушкоджень, які**

*ведуть до втрат працездатності, та заходів по реабілітації робітників, які зазнали травмування на виробництві; в створенні можливостей для підготовки кадрів та в сфері зайнятості, включаючи встановлення гнучкого робочого графіку, неповного робочого дня, розділення посад, самостійну зайнятість інвалідів та відповідний догляд за ними; а також – координувати дії державних і приватних органів, що займаються професійною реабілітацією інвалідів (п. 6, 9 Правила 7 Стандартних правил забезпечення рівних можливостей інвалідів; ст. 5. Конвенції МОП №159).*

Взаємодія держави, організацій робітників та роботодавців з організаціями інвалідів відображена у **Положенні про Раду у справах інвалідів при КМУ**, затвердженому **Постановою КМУ від 12.12.1994** (із змінами, внесеними згідно з **Розпорядженням КМУ № 271-р від 06.04.2011**). Рада як громадський консультативний орган взаємодіє з державними органами, органами місцевого самоврядування, підприємствами, установами та організаціями, ГО інвалідів. Рада сприяє органам державної влади та громадським організаціям у вирішенні правових, економічних питань соціально-трудової реабілітації інвалідів.

Щодо безпеки праці, слід відмітити **Національну програму поліпшення стану безпеки праці, гігієни праці та виробничого середовища на 2001–2005 роки**, затверджену **Постановою ВРУ від 20.04.2000**.

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

**Планом заходів щодо реалізації положень Генеральної угоди між Кабінетом Міністрів України, Конфедерацією роботодавців України та всеукраїнськими профспілками та профоб'єднаннями на 2002–2003 роки**, (затвердженим **Розпорядженням КМУ №242-р від 29.04.2002**) було передбачено щороку на засіданні КМУ за участі представників профспілок та організацій роботодавців розглядати питання про стан охорони праці, виробничого травматизму та професійних захворювань та розробляти заходи його покращення. КМУ за участі профспілок розглядає питання щодо ратифікації Європейської соціальної хартії. За погодженням із сторонами Генеральної угоди КМУ взяв на себе зобов'язання вжити заходи по розширенню центрів професійної, медичної та соціальної реабілітації, розробити Програму державного забезпечення інвалідів технічними засобами реабілітації на період до 2005 року.

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

праці, аварійності та травматизму, одночасно розробляючи заходи покращення умов праці.

**Генеральна угода між Кабміном України, всеукраїнськими об'єднаннями організацій роботодавців і підприємців та всеукраїнськими профспілками і профоб'єднаннями на 2008-2009 рр.** рекомендувала включити до галузевих угод умови щодо запровадження тривалості робочого часу для осіб, які мають дітей віком до 14 років або дитину-інваліда, на 1 год. на тиждень менше встановленої тривалості із збереженням розміру заробітної плати. Також було вирішено вживати заходів для поліпшення умов доступу осіб з обмеженими фізичними і розумовими можливостями до послуг, що надаються установами та організаціями соціальної інфраструктури; провести консультації і розробити пропозиції щодо вдосконалення законодавства з питань працевлаштування осіб, не здатних на рівних конкурувати на ринку праці, в тому числі осіб з обмеженими фізичними можливостями; щороку під час розроблення законопроекту про Державний бюджет України передбачати кошти на підтримку невинробничої сфери УТОГ і УТОС.

Таким чином, в Генеральних угодах між соціальними партнерами знайшли відображення проблеми безпеки праці та підтримки інвалідів.

Щодо консультацій з громадськими організаціями інвалідів варто зазначити, що ЗУ «Про внесення змін до ЗУ “Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні”» № 1773-IV від 15.06.2004 передбачає участь громадських організацій інвалідів у розробці нормативно-правових актів, які стосуються матеріального, соціально-побутового та медичного забезпечення інвалідів. Даний перелік не включає питання працевлаштування інвалідів, а тому зазначений закон не передбачає залучення організацій інвалідів до вирішення питань зайнятості. Таким чином, на жаль, питання правового забезпечення участі інвалідів у розробці програм зайнятості було вирішено не повною мірою.

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

**Указом Президента № 1112/2002 від 02.12.2002 «Про додаткові заходи щодо посилення соціального захисту інвалідів та проведення в Україні у 2003 році Року людей з інвалідністю»** КМУ зобов'язувався залучати ГО інвалідів до прийняття рішень, які стосуються інтересів інвалідів. Про програми зайнятості мова не йде, проте можна припустити, що програми зайнятості також мають на увазі.

**Наказом Мінпраці № 201 від 03.05.2007 року «Про затвердження Порядку взаємодії органів праці та соціального захисту населення, центрів зайнятості, відділень Фонду соціального захисту інвалідів, центрів професійної реабілітації інвалідів і навчальних закладів системи Мінпраці щодо працевлаштування інвалідів»** забезпечення координації взаємодії покладено на Департамент у справах інвалідів разом з Управлінням політики

зайнятості та трудової міграції та Управлінням кадрового забезпечення за участю Державного центру зайнятості і Фонду соціального захисту інвалідів, а організація електронного обміну інформацією щодо працевлаштування інвалідів між органами праці та соціального захисту населення та центрами зайнятості – на Департамент у справах інвалідів, Державний центр зайнятості.

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

Головним компетентним органом з питань працевлаштування інвалідів є **Міністерство праці та соціальної політики України (ст.18 ЗУ Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні)**. Міністерство сприяє розвитку системи професійної та соціальної реабілітації інвалідів, їх працевлаштуванню, організовує роботу, пов'язану з професійним навчанням та перекваліфікацією інвалідів. Обласні та районні **Управління праці та соціального захисту населення** є також важливими службами в сфері працевлаштування та професійної реабілітації інвалідів. Вони зобов'язані сприяти розвитку системи професійної реабілітації інвалідів, їх працевлаштуванню, створенню для них виробництв, цехів, дільниць та робочих місць. Управління здійснюють направлення інвалідів до навчальних закладів системи соціального захисту для професійно-технічного навчання та перекваліфікації (**Типове положення про головне управління праці та соціального захисту населення обласної, Київської міської державної адміністрації і управління праці та соціального захисту населення Севастопольської міської державної адміністрації, затверджене постановою КМУ від 29.09.00**).

Однією з перших служб професійної реабілітації інвалідів стали **медико-соціальні експертні комісії (МСЕК)**. МСЕК визначає ступінь обмеження життєдіяльності осіб, що звертаються для встановлення інвалідності, потребу в сторонньому нагляді, догляді або допомозі, реабілітації, реабілітаційний потенціал, групу інвалідності, причину і час її настання, професію, з якою пов'язане ушкодження здоров'я, а також ступінь втрати професійної працездатності (у відсотках) працівників, які одержали ушкодження здоров'я, пов'язане з виконанням ними трудових обов'язків; аналізує (разом з ЛПЗ, підприємствами, установами та організаціями незалежно від форми власності, профспілковими органами) умови праці з метою виявлення факторів, що мають негативний вплив на здоров'я і працездатність працівників, а також визначають умови та види діяльності, робіт і професій для хворих та інвалідів (**Положення про медико-соціальну експертизу, затверджене Постановою КМУ України № 1317 від 03.12.2009 «Питання медико-соціальної експертизи»**).

У відповідності з **Положенням про індивідуальну програму реабілітації інваліда, затвердженим Постановою КМУ № 757 від 23.05.2007 та Наказом МОЗ України № 623 від 08.10.2007 «Про затвердження форм індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда та Порядку їх складання»**,

МСЕК розробляє індивідуальну програму реабілітації інваліда (для повнолітніх інвалідів). Експертиза професійної придатності інвалідів у першу чергу проводиться для професій (спеціальностей), за якими вони працювали відповідно до відомостей, що внесені до трудової книжки або які підтверджені документами про професійну освіту, а також для професій (спеціальностей), здобуття яких можливе в майбутньому. В *Розділі 4* ІПР («Професійна реабілітація») вказується перелік професій і рівень кваліфікації, який збережений в тому чи іншому ступені професійної придатності. Обов'язково вказуються відомості про придатність до відповідної професії: у повному обсязі, з обмеженням обсягу виконуваних робіт та визначенням тривалості робочого дня. Зазначається перелік професій, спеціальностей, що рекомендується до освоєння при професійному навчанні, перепідготовці. Обов'язково надаються рекомендації щодо форми організації навчання: у загальноосвітньому навчальному закладі, у спеціально організованих умовах (спеціальна загальноосвітня школа, школа-інтернат, спеціальний клас (група у відповідному навчальному закладі), спеціальна навчальна програма, щадний режим навчання та ін.); щодо рівня професійної підготовки, перепідготовки, підвищення кваліфікації (освіта: професійно-технічна, неповна вища (молодший спеціаліст), базова вища (бакалавр), повна вища (спеціаліст, магістр), курсова підготовка), типу та назви навчального закладу. МСЕК, ЛКК рекомендують терміни та місце навчання. До роботи з формування цього розділу ІПР можуть залучатися спеціалісти з інженерної психології (психології праці) та психології професійного відбору, педагогічні працівники відповідних загальноосвітніх, професійно-технічних навчальних закладів, представники відповідних психолого-медико-педагогічних консультацій, державної служби зайнятості. *Розділ 5* ІПР «Трудова реабілітація» має включати докладний опис усіх чинників та елементів майбутньої трудової діяльності інваліда. Обов'язково вказується: протипоказання за станом здоров'я інваліда до професійної діяльності; показані інваліду умови праці (важкість, напруженість, режим праці та відпочинку, форма організації праці, санітарно-гігієнічні чинники); у разі можливого продовження інвалідом роботи за своєю професією із зменшенням обсягу роботи – необхідні обмеження щодо виконання окремих посадових і функціональних обов'язків, планових завдань; у разі потреби – наводяться особливі вимоги до охорони праці і техніки безпеки (до роботи на висоті), біля механізмів, що рухаються, з енергоустаткуванням та інші; необхідні для виконання роботи за професією спеціальні пристосування (тифлотехнічні, сурдотехнічні та інші засоби) і спеціальні вимоги з організаційно-технічної та ергономічної адаптації робочого місця щодо особливості патології інваліда; раціональне працевлаштування – вказується перелік рекомендованих професій і видів праці.

**Наказом МОЗ України № 336 від 19.06.2007 «Щодо реалізації Державної програми розвитку системи реабілітації та трудової зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями, психічними захворюваннями та розумовою відсталістю на період до 2011 року передбачено скласти перелік професій і спеціальностей, за якими можуть навчатися інваліди по зору та слуху, з психічними захворюваннями та розумовою відсталістю, ураженням опорно-**

рухового апарату; розробити та затвердити форму статистичної звітності щодо чисельності інвалідів, що потребують професійної реабілітації.

**Наказом МОЗ України № 149 від 12.03.2009 «Про затвердження Плану заходів МОЗ з реалізації Концепції державної системи професійної орієнтації населення на період до 2011 року»** передбачено вивчити практичний досвід розвинутих країн світу у сфері професійної орієнтації осіб з обмеженими фізичними можливостями; розробити та затвердити методичні посібники показаних та протипоказаних умов праці, рекомендованих професій для працевлаштування інвалідів при основних інвалідизуючих захворюваннях; вивчити можливість розробки державних медико-соціальних нормативів у сфері експертизи професійної придатності інвалідів для різних нозологічних форм захворювань; підвищити якість складання ІПР осіб з обмеженими фізичними можливостями; при проведенні МСЕКами експертизи професійної придатності інвалідів залучати спеціалістів з психології праці, фахівців державної служби зайнятості; проводити спеціальні засідання МСЕК з працевлаштування, до участі в яких залучати представників профорієнтаційних підрозділів служби зайнятості; забезпечити взаємодію у вирішенні питань забезпечення служби МСЕ необхідною для роботи інформацією про інвалідів, які потребують працевлаштування або професійної підготовки, про можливості працевлаштування і навчання інвалідів з регіональними службами зайнятості населення та управліннями соціального захисту.

**Наказом МОЗ України № 149 від 12.03.2009 «Про затвердження Плану заходів МОЗ з реалізації Концепції державної системи професійної орієнтації населення на період до 2011 року»** з метою підготовки та професійного розвитку кадрового ресурсу МСЕК передбачається застосовувати в процесі перепідготовки лікарів гнучкі технології навчання, з включенням до цих програм питань професійної реабілітації інвалідів.

Однією з найпотужніших інституцій, які здійснюють працевлаштування інвалідів, є **Фонд України соціального захисту інвалідів**, створений відповідно до **ЗУ «Про основи соціальної захищеності інвалідів»** та **Положення, затвердженого Постановою КМУ від 18.07.1991**. Фонд фінансує заходи соціально-трудової реабілітації інвалідів, контролює додержання нормативів створення робочих місць для інвалідів, сприяє створенню підприємств для забезпечення інвалідів робочими місцями, здобуття ними освіти та перекваліфікації.

**Постановою КМУ № 954 від 11.07.2002 «Питання Фонду соціального захисту інвалідів»** була запланована реорганізація Фонду в урядовий орган державного управління у складі Міністерства праці та соціальної політики. На виконання цієї Постанови **Постановою № 1434 від 26.09.2002** було затверджено нове **Положення про Фонд соціального захисту інвалідів**. До *основних функцій* Фонду віднесено: здійснення заходів соціальної, трудової та професійної реабілітації інвалідів; реєстрація та отримання звітності від підприємств щодо працевлаштування інвалідів за квотою; здійснення контролю за своєчасною сплатою підприємствами штрафних санкцій за недотримання нормативів працевлаштування інвалідів; сприяння створенню робочих місць для працевлаштування інвалідів; організація збору благодійних внесків підприємств

для соціального захисту інвалідів; контроль цільового використання наданих підприємствам коштів для соціального захисту інвалідів; співпраця із Всеукраїнським громадським соціально-політичним об'єднанням "Національна Асамблея інвалідів України", ГО інвалідів та заснованими ними підприємствами і організаціями; надання інвалідам інформаційних та консультативних послуг. Відповідно, для виконання цих завдань Фонд має право: залучати спеціалістів органів влади, підприємств та організацій; отримувати від органів влади необхідні документи та інформацію; здійснювати перевірки підприємств та організацій щодо виконання ними норм працевлаштування інвалідів.

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

Положення про Фонд передбачає колегіальну участь представників НАІУ, крім того, Фонд зобов'язаний співпрацювати з підприємствами інвалідів. Враховуючи, що створення робочих місць для інвалідів є пріоритетною функцією Фонду, можна говорити, що підзаконними актами участь організацій інвалідів у формуванні політики працевлаштування частково забезпечена.

Іншою службою професійної орієнтації та реабілітації є *центри професійної реабілітації інвалідів*, які діють відповідно до **Типового положення**, затвердженого **Наказом Мінпраці № 372 від 09.10.2006**. Згідно з Положенням, центр професійної реабілітації інвалідів є закладом системи органів праці та соціального захисту населення, метою діяльності якого є здійснення заходів, спрямованих на підготовку особи з інвалідністю до професійної діяльності, відновлення чи здобуття професійної працездатності шляхом адаптації, реадаптації, навчання, перенавчання для подальшого ефективного працевлаштування з урахуванням стану її здоров'я, особистих схильностей та побажань. Основними його структурними підрозділами є: відділення професійної реабілітації; відділення соціальної реабілітації; відділення медичного та психологічного супроводу; відділення обслуговування Центру; лабораторії, майстерні, дільниці, навчальні кабінети; інші структурні підрозділи, діяльність яких пов'язана із професійною реабілітацією інвалідів; адміністрація. Крім того, у Центрі створюються приймальна та реабілітаційна комісії. Реабілітаційна комісія: розробляє план індивідуальних заходів та вносить корекцію щодо проходження професійної реабілітації інвалідів у період їх перебування в Центрі; організовує процес професійної реабілітації інвалідів в Центрі (навчання, проживання, харчування, медичне обслуговування тощо) на засадах індивідуального підходу та за принципами забезпечення рівних прав і можливостей, безбар'єрності, доступності та деонтології; організовує роботу та контролює ведення відповідної документації щодо реабілітаційного процесу; узагальнює та надає рекомендації випускникам Центру щодо подальшої реабілітації з урахуванням результатів їх

професійної реабілітації в Центрі; здійснює контроль за працевлаштуванням і успішністю професійно-виробничої адаптації.

Були передбачені заходи щодо розширення та централізації служби професійної реабілітації. Відповідно до **Указу Президента від 23.05.2001 № 335 та Розпорядження КМУ від 06.03.2002 «Про створення мережі центрів професійної реабілітації та деякі питання діяльності Всеукраїнського центру професійної реабілітації інвалідів»** був створений *Всеукраїнський центр професійної реабілітації інвалідів* потужністю 136 місць (відкритий 03.12.2001) та визначені організаційні засади його діяльності. Центр виконує навчально-методичні і організаційні функції для підпорядкованих Мінпраці закладів: центрів зайнятості, управлінь соціального захисту населення. На базі Центру організована підготовка і перепідготовка інвалідів, навчального персоналу центрів професійної, медичної та соціальної реабілітації інвалідів та підвищення кваліфікації фахівців з професійної реабілітації. Порядок направлення до Центру затверджений Мінпраці та іншими компетентними установами. На Центр покладені функції координатора здійснення заходів щодо створення мережі центрів професійної, медичної та соціальної реабілітації інвалідів. **Розпорядження Президента України від 13.11.2001 «Про заходи щодо посилення соціального захисту осіб з обмеженими фізичними можливостями»** зобов'язало КМУ забезпечити фінансування матеріально-технічного забезпечення Центру за рахунок коштів Фонду України соціального захисту інвалідів.

Таким чином, відповідними актами було вирішено питання забезпечення центрів професійної реабілітації інвалідів шляхом їх постійного фінансування за державний кошт.

**Комплексною програмою забезпечення реалізації Стратегії подолання бідності, затвердженою Постановою КМУ від 21.12.2001,** було заплановано розширити мережу центрів професійної, медичної та соціальної реабілітації інвалідів і заснувати їх в усіх містах з населенням понад 50 тис. чоловік. А в рамках здійснення **Національної програми професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями на 2001-2005 роки** на міністерства та наукові заклади було покладено завдання постійно здійснювати наукове та навчально-методичне забезпечення центрів, а на органи виконавчої влади – придбання комп'ютерної техніки, професійно-діагностичної апаратури та літератури для кабінетів профорієнтації центрів.

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

До неспеціалізованих служб працевлаштування інвалідів відноситься **Державна служба зайнятості**, підпорядкована Мінпраці та місцевим органам державної влади. Відповідно до **Положення про Державну службу зайнятості**,

затвердженого **Постановою КМУ № 47 від 24.06.1991** (із подальшими змінами), центри зайнятості сприяють створенню додаткових робочих місць для громадян, які потребують соціального захисту.

**Положення про порядок бронювання на підприємствах, в організаціях і установах робочих місць для громадян, які потребують соціального захисту (постанова КМУ від 27.04.1998)** зобов'язує центри зайнятості у разі потреби організувати професійну підготовку, перепідготовку або підвищення кваліфікації громадян, які потребують соціального захисту за кошти фонду сприяння зайнятості населення.

**Національною програмою професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями на 2001-2005 роки, затвердженою Указом Президента України № 519/2001 від 13.07.2001**, було передбачено введення до складу МСЕК спеціалістів з професійної орієнтації для створення ІПР інвалідів, а до складу Служби зайнятості – фахівця з реабілітації інвалідів

Необхідно налагодити співробітництво служби медико-соціальної експертизи з питань професійної реабілітації інвалідів з усіма органами, що задіяні в системі професійної реабілітації інвалідів (Центри зайнятості, органи праці та соціального захисту населення, Фонд соціального захисту інвалідів, Фонд соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, центри професійної та соціально-трудової реабілітації інвалідів, підприємства громадських організацій інвалідів, підприємства, установи, організації всіх форм власності) на державному та регіональному рівнях; розробити та затвердити спільний для МОЗ України та Міністерства соціальної політики України нормативний документ щодо порядку взаємодії зазначених структур з питань професійної реабілітації інвалідів – для поліпшення системи контролю за реалізацією ІПР інвалідів.

Необхідно провести експериментальне впровадження результатів апробації Моделі працевлаштування та забезпечення зайнятості людей з інвалідністю (включно з Методологією надання центрами зайнятості соціальних послуг людям з інвалідністю) в окремих центрах зайнятості у всіх областях України, після чого впровадити нову Методологію в системі служби зайнятості в цілому.

**10. Державі потрібно організувати та підтримувати компанії по поширенню обізнаності громадськості та подоланню негативного та упередженого ставлення до робітників-інвалідів (п. 4 Правила 7 Стандартних правил забезпечення рівних можливостей інвалідів).**

Такі компанії були започатковані у зв'язку із проведенням в Україні у 2003 р. Року людей з інвалідністю. **Указом Президента № 1112/2002 від 02.12.2002 «Про додаткові заходи щодо посилення соціального захисту інвалідів та проведення в Україні у 2003 році Року людей з інвалідністю» Державний комітет інформаційної політики, телебачення та радіомовлення** зобов'язувався забезпечити широке висвітлення проблем людей з інвалідністю, збільшити кількість програм із сурдоперекладом та розглянути можливість створення щотижневої тематичної програми з питань інвалідності. Отже, проблема здійснення державою просвітницьких компаній щодо проблем інвалідів набула більшої уваги.

Таким чином, здійснено чимало позитивних змін у законодавчій та нормативній базі щодо **працевлаштування та професійної реабілітації інвалідів**. Проте, для наближення українського законодавства до міжнародних норм необхідно:

1) розробити заходи державного регулювання, спрямовані на економічне стимулювання роботодавців щодо працевлаштування інвалідів, запровадження нових форм працевлаштування, а також – на стимулювання інвалідів до працевлаштування;

2) ліквідувати диспропорцію в законодавчих актах, що регламентують соціальний захист інвалідів та їх родин та посиленні трудової спрямованості інвалідів;

3) запровадити законодавчі гарантії, механізми їх виконання і фінансового забезпечення стосовно права кожного інваліда на працю у відкритому, інклюзивному та доступному для інвалідів середовищі, зосередившись на заходах заохочення роботодавців у працевлаштуванні інвалідів;

4) запровадити систему механізмів створення індивідуальних робочих місць для інвалідів у відповідності із санітарно-гігієнічними вимогами до праці інвалідів;

5) передбачити в «Порядку використання засобів адміністративно-господарських санкцій і пені за невиконання нормативу робочих місць для працевлаштування інвалідів» витрати на супровід інваліда на робочому місці на відкритому ринку праці й на забезпечення трудової зайнятості інвалідів, які не можуть мати оплачуваної роботи на відкритому ринку праці, у майстернях, реабілітаційних установах, установах тимчасового або постійного перебування недержавної форми власності; розробити порядок і нормативи фінансування таких послуг;

6) розробити Порядок створення, функціонування й державної підтримки соціальних підприємств різних форм власності, що забезпечують зайнятість інвалідів; передбачити для роботодавців можливість розміщення замовлення на таких підприємствах як альтернативу санкціям за невиконання нормативу робочих місць для працевлаштування інвалідів;

7) розробити план поступового переходу від квотування робочих місць для працевлаштування громадян з інвалідністю до недискримінаційного законодавства й необхідної підтримки при працевлаштуванні й зайнятості;

8) створити майстерні трудової зайнятості на рівні громади для підлітків і дорослих із інвалідністю внаслідок розумової відсталості, які не мають реальної можливості одержати роботу на вільному ринку праці та забезпечити їхню державну підтримку;

9) налагодити співробітництво служби медико-соціальної експертизи з питань професійної реабілітації інвалідів з усіма органами, що задіяні в системі професійної реабілітації інвалідів (Центри зайнятості, органи праці та соціального захисту населення, Фонд соціального захисту інвалідів, Фонд соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, центри професійної та соціально-трудової реабілітації інвалідів, підприємства ГО інвалідів, підприємства, установи, організації всіх форм власності) на державному та регіональному рівнях; розробити та затвердити спільний для МОЗ України та

Міністерства соціальної політики України нормативний документ щодо порядку взаємодії зазначених структур з питань професійної реабілітації інвалідів – для поліпшення системи контролю за реалізацією ІПР інвалідів;

10) для експертизи професійної придатності інвалідів залучати до роботи МСЕК фахівців з інженерної психології (психології праці) та психології професійного відбору, педагогічних працівників, які займаються навчанням і професійною підготовкою інвалідів, спеціалістів державної служби зайнятості;

11) провести експериментальне впровадження результатів апробації Моделі працевлаштування та забезпечення зайнятості людей з інвалідністю (включно з Методологією надання центрами зайнятості соціальних послуг людям з інвалідністю) в окремих центрах зайнятості у всіх областях України, після чого впровадити нову Методологію в системі служби зайнятості в цілому;

12) формування розділів ІПР інваліда "Професійна реабілітація" і "Трудова реабілітація" здійснювати після обов'язкового проведення професійної орієнтації, професійної експертизи й професійної діагностики фахівцями центра зайнятості за місцем проживання особи з інвалідністю;

13) підвищити інформативну доступність динамічного переліку професій і спеціальностей, які можна рекомендувати для працевлаштування інвалідів; забезпечити центри зайнятості переліком професій, які доступні для інвалідів в залежності від патології та групи інвалідності; провести корекцію спектру професій, за якими проводиться навчання інвалідів, в плані їх конкурентоздатності на ринку праці;

14) створити концепцію професійної освіти інвалідів та дітей-інвалідів; удосконалити систему професійної орієнтації, в т.ч. створити систему ранньої профорієнтації інвалідів, дітей-інвалідів;

15) розробити законодавчо-нормативні документи, які гарантують працевлаштування дітей-інвалідів.

## **СОЦІАЛЬНИЙ ЗАХИСТ ТА СОЦІАЛЬНО-ПОБУТОВА РЕАБІЛІТАЦІЯ ІНВАЛІДІВ**

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

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

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

**Постановою КМУ № 1686 від 8 грудня 2006 р. «Про затвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів»** встановлено гарантований державою перелік послуг з ... побутової і соціальної реабілітації, ... технічних та інших засобів реабілітації, які надаються інваліду, дитині-інваліду безоплатно або

на пільгових умовах з урахуванням фактичних потреб залежно від віку, статі, виду захворювання (каліцтва).

Відповідно до **Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда**, затвердженого **Постановою КМУ № 757 від 23.05.2007**, значну увагу в ІПР приділено соціальній реабілітації – навчанню та відновленню побутових навичок, безкоштовному забезпеченню технічними засобами реабілітації, сурдотехнікою, тифлотехнікою, засобами зв'язку та спілкування.

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

Дане положення не знаходить відображення в правилах утримання та опіки інвалідів в інтернатних установах.

**Типове положення про будинок-інтернат для громадян похилого віку та інвалідів, геріатричний будинок-інтернат, пансіонат для ветеранів війни та праці**, затверджене **Наказом Міністерства соціального захисту України від 01.04.1997**, встановлює, що особи, які приймаються до будинку-інтернату, проходять санітарну обробку, перевдягаються в одяг будинку-інтернату і проходять карантин в ізольованому приміщенні протягом 14 днів. Користуватись особистими речами мешканці будинку-інтернату можуть за погодженням з адміністрацією. Тимчасове вибуття за власним бажанням дозволяється за погодженням із адміністрацією на термін не більше 1 місяця.

Майже такі самі правила, що й для будинку-інтернату для громадян похилого віку, встановлюються **Типовим положенням про дитячий будинок-інтернат**, затвердженим **Наказом Міністерства соціального захисту України від 01.04.1997**. Ця установа призначена спеціально для дітей з вадами фізичного та розумового розвитку.

**Постанова КМУ № 1545 від 12.10.2000 «Про схвалення Концепції ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів»** запроваджує новий підхід до соціальної реабілітації дітей-інвалідів. На відміну від інтернатних установ, мережа центрів ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів забезпечує проведення реабілітаційних заходів без відриву від сім'ї та дому, оскільки центр розміщується поруч із помешканням сім'ї з дитиною-інвалідом. Метою центру є поступова інтеграція дітей-інвалідів до звичайних дитячих дошкільних закладів. Концепція передбачає розробку регіональних концепцій реабілітації дітей-інвалідів та розробку Типових положень про районний, міський та обласний центри ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів.

На виконання Концепції ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів було прийнято **Типове положення про центр ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів**, затверджене **Наказом Мінпраці, МОН, МОЗ, Фонду соціального захисту інвалідів № 313/395/248/92 від 10.07.2002**. Цей документ деталізує порядок діяльності зазначених центрів, як установ, що здійснюють реабілітацію без відриву від сім'ї із залученням до реабілітаційного процесу батьків та інших членів сім'ї дитини.

**Постанова КМУ № 76 від 31.01.2007 «Про затвердження Порядку утворення спеціалізованого будинку для ветеранів війни та праці, громадян похилого віку та інвалідів і надання житлових приміщень у такому будинку**

та **Типового положення про спеціалізований будинок для ветеранів війни та праці, громадян похилого віку та інвалідів**» містить відповідні Порядок та Типове положення. Згідно з Положенням, спеціалізований будинок є закладом соціального обслуговування, який, крім приміщень для проживання має приміщення для служб соціально-побутового призначення та медичного обслуговування. У разі погіршення стану здоров'я особи, яка проживає у спеціалізованому будинку, та необхідності на час її хвороби організації тимчасового або постійного стороннього догляду, відповідно до висновку ЛПЗ, за нею закріплюється соціальний робітник.

**Наказ Міністра праці № 392 від 23.07.2007 «Про затвердження типових положень про реабілітаційну установу змішаного типу для інвалідів і дітей-інвалідів з розумовою відсталістю і про установу постійного та тимчасового перебування інвалідів з розумовою відсталістю»** містить відповідні типові положення і визначає, що цільовим призначенням таких установ є здійснення постійного та тимчасового цілодобового догляду осіб з розумовою відсталістю, які потребують стороннього догляду, денної зайнятості та подальшої інтеграції їх у суспільство. Основними структурними підрозділами їх є: кабінет долікарського огляду; відділення тимчасового перебування; відділення постійного перебування; відділення соціальної реабілітації; відділення психологічної реабілітації; відділення трудової реабілітації; відділення медичного супроводу; майстерні для трудової реабілітації; методичний кабінет; соціально-побутовий блок; блок господарського обслуговування.

Згідно з **Наказом МОЗ України № 336 від 19.06.2007 «Щодо реалізації Державної програми розвитку системи реабілітації та трудової зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями, психічними захворюваннями та розумовою відсталістю на період до 2011 року»** передбачається розробити та затвердити порядок спрощеного оформлення документів інвалідів з числа одиноких громадян, що направляються до будинків-інтернатів для громадян похилого віку та інвалідів; забезпечити надання комплексу послуг відповідно до ППР інвалідам і дітям-інвалідам, які проживають в інтернатних установах, що належать до сфери управління Міністра праці.

Таким чином, щодо положення українського законодавства відносно забезпечення умов перебування інвалідів в інтернатних установах істотних змін не зазнало, варто відзначити закріплення позитивної тенденції розвитку центрів соціальної реабілітації дітей-інвалідів, умови перебування в яких максимально відповідають нормальним. Відповідно, виконання цієї вимоги Декларації прав інвалідів є частковим.

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

Відповідно до **ЗУ “Про загальнообов’язкове соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності”** від 23.09.1999, Фонд соціального страхування від нещасних випадків виплачує допомогу у зв’язку з тимчасовою втратою працездатності до відновлення працездатності або встановлення інвалідності в обсязі середньомісячного заробітку до втрати працездатності.

Фонд соціального страхування від нещасного випадку має істотну заборгованість з вказаних виплат, тому **Планом заходів щодо реалізації положень Генеральної угоди між Кабінетом Міністрів України, Конфедерацією роботодавців України та всеукраїнськими профспілками та профоб'єднаннями на 2002-2003 роки** (розпорядження КМУ від 29.04.02) заплановано погашення заборгованості Фонду до кінця 2003 року. Іншими словами, підтримання доходів в період відновлення працездатності в Україні не має належного забезпечення.

**Генеральною угодою між Кабінетом Міністрів України, всеукраїнськими об'єднаннями організацій роботодавців і підприємців та всеукраїнськими профспілками і профоб'єднаннями на 2008-2009 роки** визначено щороку під час розроблення законопроекту про Державний бюджет України передбачати кошти на забезпечення житлом інвалідів із слуху та зору.

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

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

Протягом останніх років в українському законодавстві відбулися досить суттєві зміни щодо соціальної та фінансової допомоги інвалідам у зв'язку із запровадженням нової системи пенсійного забезпечення. Пенсія по інвалідності розраховується у відсотках не до суми попереднього заробітку, а до суми пенсії за віком, що не покращує матеріальне становище інвалідів, оскільки їх доходи від пенсії значно зменшуються відносно прожиткового мінімуму. Тільки інвалідам I групи, які мають право на державну соціальну допомогу гарантується дохід на рівні прожиткового мінімуму для непрацездатних осіб. Відповідно міжнародні норми щодо належної компенсації втрачених в результаті інвалідності доходів не забезпечуються.

Основним законом, який визначає соціальне забезпечення та підтримку доходів інвалідів є ЗУ **«Про пенсійне забезпечення» від 05.11.1991**. Інвалід може обрати певний вид пенсії (за віком, по інвалідності, соціальну). Розмір пенсії за віком складає 55% заробітку, але не може бути меншим за мінімальну пенсію за віком, яка відповідає мінімальному споживчому бюджету. Пенсія по інвалідності внаслідок трудового каліцтва чи професійного захворювання складає для інвалідів I групи – 70%, II – 60%, III – 40% заробітку. Передбачені надбавки до пенсії по інвалідності для інвалідів, які утримують непрацездатних членів сімей, або погребують сторонньої допомоги передбачена надбавка у розмірі соціальної пенсії. Остання складає для інвалідів I групи – 200% мінімальної пенсії за віком, II групи – 100%, III групи та дітей-інвалідів до 16 років – 50%.

Довготривала грошова допомога передбачається ЗУ **«Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам» від 16.11.2000**.

Право на державну соціальну допомогу мають інваліди з дитинства I і II групи, непрацюючі інваліди з дитинства III групи, а також діти-інваліди віком до 16 років. Інвалідам з дитинства, які мають одночасно право на державну соціальну допомогу і пенсію, призначається державна соціальна допомога або пенсія за їх вибором. Державна соціальна допомога призначається у таких розмірах: інвалідам з дитинства I групи – 100% прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність; інвалідам з дитинства II групи – 70% прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність; непрацюючим інвалідам з дитинства III групи – 50% прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність; на дітей-інвалідів віком до 16 років – 70% прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність. Державна соціальна допомога встановлюється на строк інвалідності, визначений МСЕК. Діти, які перебувають в інтернатних закладах, отримують 20% розміру.

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

Особливий порядок пенсійного забезпечення передбачений для громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи. **ЗУ від 28.02.1991 «Про статус та соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи»** встановлює мінімальний розмір державних пенсій для інвалідів I групи – 10 мінімальних пенсій за віком, II групи – 8 мінімальних пенсій за віком, III групи – 6 мінімальних пенсій за віком, дітям-інвалідам – 3 мінімальні пенсії за віком.

**Постанова КМУ від 21.12.01 «Про затвердження комплексної програми забезпечення реалізації Стратегії подолання бідності»** передбачає підвищення забезпечення прожиткового мінімуму для призначення допомоги відповідно до ЗУ «Про державну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам» і встановити його не нижче 23,4% прожиткового мінімуму, встановленого на 2002 рік.

**Постановою КМУ від 03.01.2002 «Про підвищення розмірів пенсій та інших соціальних виплат окремим категоріям пенсіонерів, фінансування яких здійснюється за рахунок коштів державного бюджету»** на 10% збільшуються пенсії військовослужбовців. Розрахунок пенсій, передбачених **ЗУ від 28.02.1991 «Про статус та соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи»**, проводиться відповідно до мінімальної пенсії за віком у розмірі 19 грн. 91 коп., тобто пенсія інваліда-чорнобильця I групи склає 199 грн.10 коп. Вказаний рівень мінімальної пенсії за віком також стосується розрахунків надбавок на непрацездатних членів сім'ї, що перебувають

на утриманні непрацюючих пенсіонерів та надбавок по догляду за самотніми пенсіонерами та інвалідами.

**Постанова КМУ від 28.12.2001 «Про затвердження бюджету Пенсійного фонду на 2002 рік»** встановлює загальний обсяг виплат пенсій інвалідам I групи по зору 338 тис. грн., на виплату пенсій багатодітним матерям та матерям дітей-інвалідів 46 млн.228 тис.

**Сімейний кодекс від 10.01.2002** передбачає, що забезпечення повнолітніх непрацездатних осіб в першу чергу є обов'язком членів сімей, які мають можливість утримувати. Так, ст. 75 визначає право на утримання члена подружжя, який є непрацездатний, тобто інвалід I-III групи, іншим членом подружжя, за умови, що він може надавати матеріальну допомогу. Ст. 202 передбачає, що повнолітні дочка, син зобов'язані утримувати батьків, які є непрацездатними і потребують матеріальної допомоги. Дочка, син крім сплати аліментів зобов'язані брати участь у додаткових витратах на батьків, викликаних тяжкою хворобою, інвалідністю або немічністю (ст.203). Суд визначає розмір аліментів на батьків у твердій грошовій сумі і (або) у частці від заробітку (доходу) із врахуванням матеріального та сімейного стану сторін (ст.205).

**ЗУ «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування» № 1058-IV від 09.07.2003** передбачає новий порядок надання пенсій по інвалідності для застрахованих осіб. Право на пенсію по інвалідності набувається за умови наявності стажу від 2 до 5 років (залежно від віку працівника) на момент настання інвалідності. Передбачені такі розміри пенсії по інвалідності: інвалідам I групи – 100% пенсії за віком, II групи – 90%, III групи – 50%. Пенсія призначається на строк інвалідності, а інвалідам, які досягли пенсійного віку – довічно.

**ЗУ «Про державну соціальну допомогу непрацездатним особам та інвалідам» № 1727-IV від 18.05.2004** визначає такі розміри допомог: інваліди I групи – 100% прожиткового мінімуму для непрацездатних, II групи – 80%, III групи – 60%.

**ЗУ «Про внесення змін до ЗУ “Про охорону праці”» № 229-IV від 21.11.2002** передбачає зарахування часу інвалідності від нещасного випадку на виробництві до стажу роботи для призначення пенсії за віком та стажу роботи в шкідливих умовах, що забезпечує право на пільгове пенсійне забезпечення.

**5. Додаткова фінансова допомога в разі низького доходу в результаті інвалідності.**

**Постановою КМУ від 10.12.98 «Про державну грошову допомогу деяким категоріям пенсіонерів»** встановлено з 1 грудня 1998 року інвалідам I та II групи та їх сім'ям, якщо середньомісячний сукупний дохід сім'ї на кожного члена не досягає 53 грн.50 коп., державну грошову допомогу у розмірі до 16 грн. 70 коп. З травня 2000 р. середньомісячний сукупний дохід сім'ї обчислюється з урахуванням індексу споживчих цін.

**Порядок призначення та виплати державної грошової допомоги деяким категоріям пенсіонерів, затверджений Наказом Мінпраці, Мінфіна та Пенсійного фонду від 06.04.1999,** визначає категорії громадян, яким призначається державна допомога та порядок визначення сукупного доходу сім'ї. Державна допомога призначається самотнім непрацюючим громадянам, які визнані інвалідами I або II групи і не мають працездатних родичів, зобов'язаних

їх утримувати. Допомогу також отримують сім'ї, які складаються з непрацюючих громадян, визнані інвалідами I або II групи та не мають працездатних родичів. До сукупного доходу сім'ї відносять пенсію, допомогу, довічне грошове утримання, виплати передбачені ЗУ від **28.02.91 «Про статус та соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи»**, та одержувані аліменти. Державна грошова допомога визначається як різниця між сукупним доходом на кожного члена сім'ї та межею у сумі 53,50 грн. В будь-якому разі державна допомога не може перевищувати 16,70 грн.

Додаткова фінансова допомога інвалідам також передбачає відшкодування частини вартості житлово-комунальних послуг та затрат на користування побутовими послугами. ЗУ від **22.10.93 «Про статус ветеранів війни та гарантії їх соціального захисту»** передбачає для інвалідів війни 100%-ву знижку плати за користування житлом, комунальними послугами (газом, електроенергією) та придбання палива.

**Постанова КМУ від 27.07.1998 «Про новий розмір витрат на оплату житлово-комунальних послуг, придбання скрапленого газу, твердого та рідкого пічного побутового палива у разі наданні житлової субсидії»** встановлює розмір сплати житлово-комунальних послуг сім'ями з непрацездатними громадянами та інвалідами I та II групи, сукупний дохід яких на кожного члена не перевищує мінімального рівня малозабезпеченості, в обсязі 15% середньомісячного сукупного доходу.

ЗУ **«Про внесення змін до Закону України "Про державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім'ям"» № 1045-IV від 09.07.2003 та Постанова КМУ № 250 від 24.02.2003 «Про затвердження Порядку призначення і виплати державної соціальної допомоги малозабезпеченим сім'ям»** передбачає додаткові гарантії в отриманні соціальної допомоги сім'ям інвалідів. Зокрема, на сім'ї інвалідів I та II групи не поширюється обмеження права на соціальну допомогу у разі наявності у власності земельної ділянки. Крім того, на кожну дитину в сім'ї інвалідів I та II групи рівень забезпечення прожиткового мінімуму збільшується на 20%.

ЗУ **«Про податок з доходів фізичних осіб» № 889-IV від 22.05.2003** передбачає надання податкової соціальної пільги для інвалідів I та II групи у розмірі 1,5 мінімальної заробітної плати. Надання цієї пільги передбачає зменшення податку за рахунок зменшення оподатковуваного доходу на зазначений розмір мінімальної зарплати.

ЗУ **«Про поліпшення матеріального становища інвалідів війни» № 1603-IV від 16.03.2004** передбачає з 1 травня 2004 р. надання інвалідам війни I групи 50 грн/міс. цільової грошової допомоги на прожиття. Інвалідам війни II та III груп, щомісячний розмір пенсій яких не перевищує прожиткового мінімуму для непрацездатних (268 грн.) допомога надається у розмірі до 50 грн/міс.

Таким чином, щодо додаткової фінансової допомоги інвалідам передбачені досить позитивні зміни. Це стосується збільшення соціальної допомоги сім'ям інвалідів на дітей до 20% прожиткового мінімуму та запровадження механізму податкової соціальної пільги для інвалідів, яка суттєво мінімізує податкові зобов'язання. Для інвалідів війни запроваджено новий вид грошової допомоги – допомога на прожиття.

**6. Додаткова соціальна допомога готівкою або натурою для компенсації додаткових витрат в результаті інвалідності.**

**ЗУ «Про реабілітацію інвалідів в Україні» № 2961-IV від 06.10.2005** визначено виплачувати грошові компенсації у випадках, коли передбачений індивідуальною програмою реабілітації і Державною типовою програмою реабілітації інвалідів, засіб або послуга реабілітації, які повинні бути надані інваліду безплатно, не можуть бути надані інваліду чи якщо інвалід придбав відповідний засіб або оплатив послугу за власний рахунок.

Згідно із **ЗУ від 22.10.1993 «Про статус ветеранів війни та гарантії їх соціального захисту»** інваліди війни безкоштовно забезпечуються *автомобілем* з ручним керуванням.

**Постановою КМУ № 999 від 19.07.2006 «Про затвердження Порядку забезпечення інвалідів автомобілями»** був затверджений удосконалений механізм розподілу, обліку та видачі спецавтотранспорту інвалідам, а саме: під час формування черг ліквідований розподіл інвалідів на окремі категорії в залежності від причинного зв'язку інвалідності із захворюванням; черговість на отримання автомобілів встановлюється на основі дати висновку МСЕ про встановлення інваліду показань для забезпечення його автомобілем. Відтак, облік інвалідів має вестися в розділі категорій за окремою нумерацією: інваліди з правом першочергового забезпечення; з правом на позачергове забезпечення; з правом на забезпечення автомобілем в порядку загальної черги (облік інвалідів внаслідок трудового каліцтва ведеться окремо). Автомобілі виділяються інвалідам безкоштовно або на пільгових умовах з оплатою 30 чи 7% відсотків вартості. Їх закупають коштом держбюджету та розподіляють регіональні органи праці та соціального захисту. Придбання автомобілів для інвалідів внаслідок трудового каліцтва чи профзахворювання здійснюється безпосередньо Фондом соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України.

Згідно з **Постановою КМУ № 387 від 17.04.2008** змінено порядок забезпечення автомобілями осіб, інвалідність яких пов'язана з трудовим каліцтвом внаслідок нещасного випадку на виробництві або професійного захворювання. Тепер такі інваліди забезпечуватимуться автомобілями управлінням виконавчої дирекції Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань. Встановлено 6-місячний термін для врегулювання проблемних питань, які виникають під час перебування інваліда на обліку, для забезпечення автомобілем, після чого його знімають з обліку. Врегульовано також питання щодо переоформлення гуманітарних автомобілів після смерті інвалідів (за певних умов сім'ям таких інвалідів надано можливість залишити автомобіль в користуванні сім'ї).

Згідно із змінами, що містяться у **Постанові КМУ № 826 від 08.09.2010 р.**, інвалід або член його сім'ї, який проживає і зареєстрований за місцем постійного проживання та реєстрації інваліда і якому передається право користування ТЗ, законний представник недієздатного інваліда, дитини-інваліда, інша особа, якій передається право користування автомобілем, повинен подати копію посвідчення водія на право керування ТЗ відповідної категорії. Датою забезпечення автомобілем вважається день отримання його інвалідом, законним представником

недієздатного інваліда, дитини-інваліда на підставі акта приймання-передачі, виданого дилером підприємства-постачальника автомобілів для інвалідів. Якщо один із членів сім'ї, що складається з двох та більше інвалідів, перебуває на обліку за умови передачі права користування автомобілем іншому члену сім'ї, така сім'я забезпечується автомобілем тієї модифікації, що відповідає медичним показанням члена сім'ї, якому передано право користування. Також документ містить особливості успадкування автомобіля, який належав інваліду.

**Постановою КМУ № 221 від 01.03.2006 «Про забезпечення інвалідів автомобілями вітчизняного виробництва»** (із змінами, внесеними згідно з **Постановою КМУ № 1763 від 20.12.2006**) визначається, що інвалід, якому виділяється автомобіль з ручним або звичайним керуванням, за бажанням може одержати автомобіль іншої марки, ніж визначено з цією метою КМУ, за умови його відповідності модифікації, визначеній згідно з висновком МСЕК, і сплати різниці у вартості обраного автомобіля та марки автомобіля, визначеної Кабміном.

**Постанова КМУ № 228 від 14.02.2007 «Про порядок виплати та розміри грошових компенсацій на бензин, ремонт і технічне обслуговування автомобілів та на транспортне обслуговування** містить Порядок виплати та розміри грошових компенсацій на бензин, ремонт і технічне обслуговування автомобілів та на транспортне обслуговування. Згідно з Постановою, грошові компенсації на бензин, ремонт і технічне обслуговування автомобілів виплачуються з 1 січня 2007 р. інвалідам, законним представникам дітей-інвалідів, що мають автомобілі та мотоколяски, у розмірі відповідно 142 та 94 грн., на транспортне обслуговування — 192 грн. Якщо інваліди та діти-інваліди, які перебувають на обліку для безоплатного або пільгового забезпечення автомобілями, отримали їх, виплата компенсації на транспортне обслуговування припиняється і виплачуються компенсації на бензин, ремонт і технічне обслуговування автомобілів. У період, за який виплачена компенсація на транспортне обслуговування, переплачена сума враховується в подальшому під час виплати компенсацій на бензин, ремонт і технічне обслуговування автомобілів. Цим особам, а також інвалідам та дітям-інвалідам, які мають право на забезпечення автомобілем (за 30% вартості), але не одержали його у зв'язку з протипоказаннями до керування ним, виплата компенсації на транспортне обслуговування провадиться починаючи з 1 січня 2008 р.

**Наказом МОЗ України № 248 від 22.03.2010 «Про затвердження Плану заходів МОЗ щодо питань медичної реабілітації інвалідів»** передбачається вирішити питання щодо надавання права на керування транспортним засобом певним групам інвалідів, зокрема інвалідам по слуху.

**Постановою КМУ від 25.05.2011 № 585 «Про затвердження Порядку надання пільг інвалідам, членам їх сімей, законним представникам інвалідів (дітей-інвалідів), підприємствам, установам, організаціям громадських організацій інвалідів та сфери соціального захисту населення на безоплатне паркування і зберігання транспортних засобів»** визначений механізм надання пільг власникам транспортних засобів, зазначеним у частині шостій ст. 30 ЗУ «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», на безоплатне паркування на спеціально обладнаних або відведених майданчиках для

паркування і на безоплатне зберігання на автостоянках, на яких надаються послуги із зберігання транспортних засобів, крім автостоянок — гаражних кооперативів.

Фінансування *протезування інвалідів* здійснюється Фондом України соціального захисту інвалідів, обов'язки якого узгоджуються з громадськими організаціями інвалідів, згідно **Положення про Фонд України соціального захисту інвалідів, затвердженого постановою КМУ від 18.07.1991.**

**Розпорядження Президента України від 03.11.2000 «Про додаткові заходи щодо поліпшення соціального захисту та медичного обслуговування інвалідів»** зобов'язало КМУ забезпечувати у повному обсязі фінансування програм забезпечення інвалідів протезно-ортопедичними виробами, засобами пересування та реабілітації, ОДА – разом з підприємствами промислового об'єднання «Укрпротез» організувати пункти прокату засобів пересування та реабілітації інвалідів, налагодити транспортне обслуговування інвалідів з порушеннями опорно-рухового апарату за їх викликом для відвідування медичних закладів та протезно-ортопедичних підприємств.

**ЗУ «Про внесення змін до ЗУ “Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні”» № 1773-IV від 15.06.2004** встановлює, що протезно-ортопедичні вироби, ортопедичне взуття, засоби пересування, у т.ч. крісла-коляски з електроприводом, автомобілі, індивідуальні пристрої, сурдотехнічні засоби, мобільні телефони та факси для письмового спілкування тощо надаються інвалідам та дітям-інвалідам безплатно або на пільгових умовах за наявності відповідного медичного висновку.

**Наказами Мінпраці № 331 від 08.12.2003 «Про затвердження Інструкції про порядок забезпечення населення України технічними засобами реабілітації» та № 180 від 15.05.2006 «Про внесення змін до Інструкції про порядок забезпечення населення України технічними засобами реабілітації»** визначено порядок забезпечення інвалідів засобами реабілітації за рахунок коштів Державного бюджету.

**Постанова КМУ № 1652 від 29.11.2006 «Про затвердження Порядку забезпечення окремих категорій населення технічними та іншими засобами реабілітації і формування відповідного державного замовлення, переліку таких засобів»** (у редакції постанови КМУ № 1015 від 12.11.2008) містить новий Порядок забезпечення інвалідів та інших осіб, які мають відповідні пільги згідно з українським законодавством, технічними та іншими засобами реабілітації (протезні вироби, засоби пересування, спеціальні засоби для самообслуговування догляду, орієнтування, спілкування та обміну інформацією), що видаються через органи праці та соціального захисту населення. Цим Порядком запроваджується єдиний облік осіб, які мають право на безкоштовне забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації відповідно до законодавства. Ведення обліку покладається на місцеві органи праці та соціального захисту населення за місцем реєстрації проживання осіб. Новий порядок забезпечення інвалідів та дітей-інвалідів технічними засобами реабілітації, насамперед, покликаний запровадити адресність надання таких засобів, особливо протезних виробів, сприяти поліпшенню якості протезно-ортопедичних послуг, а також – підвищенню контролю за цільовим використанням державних коштів.

**Постановою КМУ № 306 від 01.03.2007 «Деякі питання придбання технічних та інших засобів реабілітації»** визначено, що придбання технічних та інших засобів реабілітації, виготовлених за індивідуальним замовленням, та оплата послуг з їх ремонту здійснюється Фондом соціального захисту інвалідів і Фондом соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань на основі договорів з підприємствами всіх форм власності, що є безпосередніми виробниками таких засобів та відповідають кваліфікаційним вимогам, без застосування тендерної процедури.

**В Постанові КМУ № 716 від 12.05.2007 «Про затвердження Державної програми розвитку системи реабілітації та трудової зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями, психічними захворюваннями та розумовою відсталістю на період до 2011 року»** одним з основних завдань Програми визначено поліпшення якості і розширення номенклатури технічних та інших засобів реабілітації, і реабілітаційних послуг, розроблення та впровадження сучасних технологій виготовлення таких засобів і та надання послуг.

**Наказом МОЗ України № 336 від 19.06.2007 «Щодо реалізації Державної програми розвитку системи реабілітації та трудової зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями, психічними захворюваннями та розумовою відсталістю на період до 2011 року** передбачається: розробити та запровадити новітні конструкції технічних та інших засобів реабілітації, розробити національні стандарти на технічні та інші засоби реабілітації інвалідів і дітей-інвалідів та послуги із забезпечення такими засобами; створити: централізований банк даних щодо інвалідів і дітей-інвалідів, які потребують забезпечення спеціальним автотранспортом, технічними та іншими засобами реабілітації, реєстр суб'єктів господарювання, що займаються розробленням, виготовленням, реалізацією, ремонтом технічних та інших засобів реабілітації для інвалідів та дітей-інвалідів.

**Постанова КМУ від № 1301 від 03.12.2009 «Про затвердження Порядку забезпечення інвалідів і дітей-інвалідів технічними та іншими засобами»** та відповідний **Наказ МОЗ України № 263 від 26.03.2010** визначають механізм безоплатного забезпечення інвалідів і дітей-інвалідів технічними та іншими засобами для якнайбільшої компенсації функцій ушкоджених органів, з метою медичної та соціальної реабілітації інваліда або дитини-інваліда з вираженими порушеннями функцій органів та систем.

**ЗУ «Про внесення зміни до ст. 13 Закону України "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту"» № 1109-IV від 10.07.2003** закріплює право інвалідів війни на компенсацію невикористаних путівок на санаторно-курортне лікування у розмірах: інвалідам I та II групи – середня вартість путівки, інвалідам III групи – 75% середньої вартості.

**Постанова КМУ № 150 від 07.02.2007 «Про затвердження Порядку виплати деяким категоріям інвалідів грошової компенсації замість санаторно-курортної путівки та вартості самостійного санаторно-курортного лікування»** містить зазначений Порядок, який визначає механізм виплати грошової компенсації за путівку та за самостійне лікування деяким категоріям інвалідів, та її розміри. Виплата проводиться УП та СЗН за місцем перебування на обліку підставі медичних рекомендацій відповідно до законодавства, що визначає

право інвалідів на безоплатне забезпечення санаторно-курортним лікуванням, у розмірах: інвалідам I і II групи – 75%, III групи – 50% розміру середньої вартості санаторно-курортної путівки, що визначається Мінпраці за поданням Фонду соціального захисту інвалідів, погодженим з Мінфіном, щороку до 15 березня в межах обсягу бюджетних коштів, виділених відповідно до Закону про Держбюджет України на поточний рік. Виплати здійснюються: особам, інвалідність яких пов'язана з нещасним випадком на виробництві або професійним захворюванням, що потребують лікування супутніх захворювань відповідно до медичних рекомендацій, якщо протягом трьох календарних років такі особи не одержували безоплатної путівки до санаторно-курортного закладу і не виплачувалася за це грошова компенсація за путівку та за самостійне лікування у зазначений період Фондом соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань; іншим інвалідам, якщо вони протягом трьох календарних років не одержували безоплатної путівки до санаторно-курортного закладу.

Таким чином, система компенсації матеріальних витрат, пов'язаних із інвалідністю, зазнала законодавчо-нормативного удосконалення. Законодавством закріплене право інвалідів на забезпечення засобами реабілітації та пересування на пільгових умовах, а підзаконними актами визначено порядок такого забезпечення.

**7. *Різні види грошової допомоги (періодична грошова допомога, одноразова допомога, поєднання обох видів) і обставини, при яких передбачається ця допомога.***

Соціальне страхування передбачає різні види грошової допомоги. Згідно з **ЗУ від 23.09.99 Про загальнообов'язкове соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності** Фонд соціального страхування від нещасного випадку відшкодовує:

- 1) допомогу у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності до відновлення працездатності або встановлення інвалідності;
- 2) одноразову допомогу в разі стійкої втрати працездатності або смерті;
- 3) щомісячну виплату грошової суми в разі часткової або повної втрати працездатності, що компенсує частку втраченого заробітку;
- 4) пенсію по інвалідності внаслідок нещасного випадку на виробництві.

**8. *Фінансова допомога для підтримки сімей, в яких є діти з важкою формою інвалідності.***

**ЗУ «Про державну допомогу сім'ям з дітьми» від 21.11.1992**, визначає, що право на допомогу по догляду за дитиною-інвалідом має один з непрацюючих працездатних батьків дитини-інваліда або особа, яка їх замінює, що здійснює постійний догляд за дитиною-інвалідом до досягнення нею 16-річного віку. Допомога надається у розмірі 100% мінімальної заробітної плати.

**Положення про умови та порядок надання адресної соціальної допомоги малозабезпеченим сім'ям**, затверджене **Постановою КМУ від 22.02.1999** передбачає надання у грошовій формі соціальної допомоги сім'ям, що доглядають за інвалідом I групи або дитиною-інвалідом до 16 років і середньомісячний сукупний дохід якої є нижчим за дохід, який дає право на

призначення соціальної допомоги. Сукупний дохід сім'ї, що дає право на отримання соціальної допомоги визначається на основі мінімального доходу, який встановлюється КМУ.

**Сімейний кодекс від 10 січня 2002 року** визначає обов'язки батьків по утриманню дитини-інваліда. Ст.7 пункт 8 передбачає, що регулювання сімейних відносин має відбуватись з максимально можливим урахуванням інтересів дитини та непрацездатних членів сімей. Згідно з ст. 86, якщо дитина має вади фізичного або психічного розвитку, чоловік, з яким проживає дитина, має право на утримання від дружини до досягнення дитиною шести років. Ст.88 передбачає, що в тому разі якщо один із подружжя, в тому числі і працездатний, проживає з дитиною-інвалідом, яка не може обходитися без постійного стороннього догляду, і опікується нею, він має право на утримання за умови, що другий з подружжя може надавати матеріальну допомогу. Право на утримання триває протягом всього часу проживання з дитиною-інвалідом та опікування нею і не залежить від матеріального становища того з батьків, з ким вона проживає.

**ЗУ «Про внесення змін до Закону України "Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам"» № 2457-IV від 03.03.2005** передбачає наступне:

- інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам, які мають одночасно право на державну соціальну допомогу відповідно до цього Закону, на пенсію та на державну соціальну допомогу згідно із **ЗУ «Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та інвалідам» (1727-15)**, призначається за вибором інвалідів з дитинства (законних представників інвалідів з дитинства, визнаних недієздатними, та дітей-інвалідів) державна соціальна допомога відповідно до цього Закону або пенсія чи державна соціальна допомога згідно із **ЗУ «Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та інвалідам» (1727-15)**. При цьому якщо інвалід з дитинства або дитина-інвалід має право на пенсію у зв'язку з втратою годувальника і державну соціальну допомогу відповідно до цього Закону, ці виплати призначаються одночасно;

- інвалідам з дитинства I групи встановлюється надбавка на догляд за ними в розмірі 50% прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність;

- одиноким інвалідам з дитинства II і III груп, які за висновком МСЕК потребують постійного стороннього догляду, встановлюється надбавка на догляд за ними в розмірі 15% прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність;

- надбавка на догляд за дитиною-інвалідом устанавлюється в розмірі: на дитину-інваліда віком до 6 років – 50% прожиткового мінімуму для дітей віком до 6 років, на дитину-інваліда віком від 6 до 18 років – 50% прожиткового мінімуму для дітей віком від 6 до 18 років;

- надбавка на догляд за дитиною-інвалідом віком до 18 років призначається одному з батьків, усиновителів, опікуну, піклувальнику, які не працюють і фактично здійснюють догляд за дитиною-інвалідом. Одинокій матері (одинокому батьку) надбавка на догляд за дитиною-інвалідом призначається незалежно від факту роботи;

- при визначенні розмірів надбавок на догляд за інвалідами з дитинства та дітьми-інвалідами з важкими формами інвалідності, які потребують постійного

стороннього догляду або допомоги (прикуті до ліжка, сліпоглухонімі, з психічними вадами тощо) внаслідок захворювань за переліком, затвердженим Кабміном, не може застосовуватися рівень забезпечення прожиткового мінімуму;

- виплата державної соціальної допомоги інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам віком до 18 років, які перебувають на повному державному утриманні;

- інвалідам з дитинства, які перебувають на повному державному утриманні у будинках-інтернатах для громадян похилого віку та інвалідів, пансіонатах для ветеранів війни та праці, стаціонарних відділеннях територіального центру соціального обслуговування пенсіонерів та одиноких непрацездатних громадян тощо, виплачується 25% призначеного розміру державної соціальної допомоги;

- різниця між розміром призначеної державної соціальної допомоги інваліду з дитинства, який перебуває у відповідній установі (закладі), і розміром державної соціальної допомоги, яка виплачується інваліду з дитинства відповідно до частини першої цієї статті, перераховується установі (закладу), де перебуває інвалід з дитинства, за його особистою письмовою заявою або заявою його законного представника. Зазначені кошти зараховуються на рахунки таких установ (закладів) понад бюджетні асигнування і спрямовуються виключно на поліпшення умов проживання в них інвалідів у порядку, визначеному Кабміном;

- дітям-інвалідам із числа сиріт за період перебування на повному державному утриманні державна соціальна допомога виплачується в повному розмірі та перераховується на їх особисті рахунки у банку;

- іншим дітям-інвалідам, які перебувають у будинках-інтернатах, інших стаціонарних установах (закладах) на повному державному утриманні, призначена державна соціальна допомога виплачується в розмірі 50% та перераховується на їх особисті рахунки у банку. При цьому частина державної соціальної допомоги, що залишилася після виплати суми державної соціальної допомоги, перераховується на банківський рахунок установи (закладу) за місцем перебування дитини і спрямовується виключно на поліпшення умов проживання дітей.

**Спільний Наказ Мінпраці, Мінфіну, МОЗ України № 229/569/402 від 19.06.2006 «Про затвердження Змін до Порядку надання державної соціальної допомоги інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам» містить зміни до зазначеного Порядку.**

***9. Системи соціального забезпечення, соціального страхування або інші подібні системи допомоги для всього населення не повинні ігнорувати інтереси інвалідів і не були дискримінаційними по відношенню до них.***

Щодо системи соціального страхування, ЗУ від 23.09.1999 «Про загальнообов'язкове соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності» максимально враховує інтереси інвалідів у відновленні працездатності, медичної та соціальної реабілітації та матеріального забезпечення.

У відповідності з п. 2 Статті 28 Конвенції законодавством передбачений, але не забезпечений доступ інвалідів до отримання державного безкоштовного житла. Так, зокрема Концепція Державної комплексної програми "Житло –

інвалідам" затверджена розпорядженням КМУ від 31 грудня 2004 р. № 994-р, передбачила на кінець 2010 року забезпечити житлом близько 75% інвалідів усіх категорій, які перебували на квартирному обліку станом на 1 січня 2004 р. Починаючи з 2005 року фінансове забезпечення Програми мінімізоване або відсутнє взагалі, тобто вона носить суто декларативний характер. Крім того, Програми будівництва соціального житла для людей з інвалідністю в регіонах України не діють взагалі. Крім того, не встановлені гарантії щодо отримання різних видів державного кредитування та іпотечного кредитування людьми з інвалідністю. Основний критерій недоступності – фінансові можливості.

**10. Забезпечення матеріальної підтримки та соціального захисту осіб, які взяли на себе піклування інвалідом.**

**ЗУ від 05.11.1991 «Про пенсійне забезпечення»** передбачає надбавку до пенсії інваліда, який потребує стороннього догляду, у розмірі соціальної пенсії.

**ЗУ від 16.11.2002 «Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам»** призначає надбавку на догляд за інвалідам з дитинства I групи у розмірі 50% прожиткового мінімуму. Надбавка на догляд, що призначається самотній матері (батьку), встановлюється у розмірі: на дитину-інваліда віком до 6 років – 30% прожиткового мінімуму, на дитину-інваліда віком від 6 до 16 років – 50% прожиткового мінімуму.

**Порядок надання щомісячної грошової допомоги малозабезпеченій особі, яка проживає разом з інвалідом I чи II групи внаслідок психічного розладу, який за висновком лікарської комісії медичного закладу потребує постійного стороннього догляду за ним, затверджений Постановою КМУ від 02.08.2000**, передбачає надання допомоги на догляд у розмірі одного неоподаткованого мінімуму доходів громадян.

**ЗУ «Про внесення змін до ЗУ Про податок з доходів фізичних осіб» № 1781-IV від 15.06.2004** передбачає надання податкової соціальної пільги для осіб, які утримують дітей-інвалідів I та II групи у розмірі 1,5 мінімальної заробітної плати. Надання цієї пільги передбачає зменшення податку за рахунок зменшення оподаткованого доходу на зазначений розмір мінімальної зарплати.

**ЗУ «Про внесення змін до Закону України "Про державну соціальну допомогу дітям-інвалідам та інвалідам з дитинства"» № 1579-IV від 04.03.2004** встановлює надбавку на догляд за інвалідами з дитинства I групи у розмірі 50% прожиткового мінімуму для працездатних громадян, за дітьми-інвалідами до 6 років – 30% прожиткового мінімуму для цієї категорії, від 6 до 16 – 50%. Надбавка надається самотній матері (батьку), незалежно від факту роботи та доходу сім'ї. Надбавки на догляд для повних сімей надаються у таких же розмірах за умови, що доходи сім'ї нижче прожиткового мінімуму і один з батьків не працює.

**Постанова КМУ № 558 від 29.04.2004 «Про затвердження Порядку призначення і виплати компенсації фізичним особам, які надають соціальні послуги»** визначає такі обсяги компенсації особам, які здійснюють нагляд за інвалідами: 15% прожиткового мінімуму для працездатних осіб, які надають послуги інвалідам I групи, 10% – інвалідам II групи та дітям інвалідам, 7% – інвалідам III групи. Пенсіонерам, які надають послуги виплата компенсації здійснюється з врахуванням прожиткового мінімуму для працездатних. Особа,

яка надає соціальні послуги має право тільки на одну компенсацію, незалежно від кількості осіб, яким надаються послуги та обсягу цих послуг.

**Постановою КМУ № 373 від 24.03.2004 «Про внесення змін до деяких постанов КМУ»** збільшено допомогу малозабезпеченим особам, які поживають з інвалідами I та II групи внаслідок психічного розладу з розміру неоподаткованого мінімуму до 10%-вого прожиткового мінімуму для працездатних осіб.

**ЗУ «Про внесення змін до Закону України "Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам"» № 2457-IV від 03.03.2005** передбачає наступне: інвалідам з дитинства I групи встановлюється надбавка на догляд за ними в розмірі 50% прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність; самотнім інвалідам з дитинства II і III груп, які за висновком МСЕК потребують постійного стороннього догляду, встановлюється надбавка на догляд за ними в розмірі 15% прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність; надбавка на догляд за дитиною-інвалідом встановлюється в розмірі: на дитину-інваліда віком до 6 років – 50% прожиткового мінімуму для дітей віком до 6 років, на дитину-інваліда віком від 6 до 18 років – 50% прожиткового мінімуму для дітей віком від 6 до 18 років; надбавка на догляд за дитиною-інвалідом віком до 18 років призначається одному з батьків, усиновителів, опікуну, піклувальнику, які не працюють і фактично здійснюють догляд за дитиною-інвалідом. Самотній матері (самотньому батьку) надбавка на догляд за дитиною-інвалідом призначається незалежно від факту роботи; при визначенні розмірів надбавок на догляд за інвалідами з дитинства та дітьми-інвалідами з важкими формами інвалідності, які потребують постійного стороннього догляду або допомоги (прикуті до ліжка, сліпоглухонімі, з психічними вадами тощо) внаслідок захворювань за переліком, затвердженим Кабміном, не може застосовуватися рівень забезпечення прожиткового мінімуму.

***11. Матеріальну допомогу інвалідам слід надавати до того часу, поки зберігається стан інвалідності, причому таким чином, щоб інваліди прагнули знайти роботу. Таку допомогу слід скорочувати або припиняти тільки після того, як інвалід починає отримувати адекватний та гарантований дохід.***

**ЗУ від 23.09.1999 «Про загальнообов'язкове соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності»** забезпечує те положення, що матеріальну допомогу інвалідам слід надавати до того часу, поки зберігається стан інвалідності, причому таким чином, щоб інваліди прагнули знайти роботу. Таку допомогу слід скорочувати або припиняти тільки після того, як інвалід починає отримувати адекватний та гарантований дохід.

***12. Заохочення місцевих громад, благодійних організацій та сімей до розробки власних заходів та стимулів для забезпечення зайнятості та пов'язаної з нею діяльності для інвалідів.***

**ЗУ «Про соціальні послуги» № 966-IV від 19.06.2003** передбачає залучення до надання соціальних послуг інвалідам приватних та інших недержавних організацій. Особливим стимулом є залучення недержавних підприємств та організацій до надання послуг за державні кошти на конкурсній основі. Безоплатні соціальні послуги отримують самотні інваліди, не здатні до

самообслуговування. Інваліди, забезпечені доглядом і мають близьких отримують соціальні послуги на платній основі.

**Програма діяльності кабінету Міністрів України «Відкритість, дієвість, результативність»** (затверджена **Постановою КМУ № 344 від 15.03.2003**) передбачала заходи щодо забезпечення соціального захисту вразливих верств населення, проведення в Україні у 2003 р. Року людей з інвалідністю.

У відповідності з **Формою індивідуальної програми реабілітації інваліда, що видається медико-соціальними експертними комісіями**, затвердженою **Наказом МОЗ № 623 від 08.10.2007**, одним із видів реабілітаційної допомоги є соціально-побутова реабілітація, яка включає: навчання основним соціальним навичкам; пристосування меблів, установа обладнання для адаптації житлових приміщень; соціально-побутовий патронаж; працетерапію.

Згідно з **Програмою забезпечення безперешкодного доступу людей з обмеженими фізичними можливостями до об'єктів житлового та громадського призначення**, затвердженою **Постановою КМУ № 863 від 04.06.2003**, усі житлові та суспільні будівлі мають прийматися в експлуатацію лише за умов їх доступності людям з фізичними вадами. Контроль здійснюватиметься представниками органів праці та соціального захисту населення та ГО інвалідів, які є членами прийомних комісій. Безбар'єрне середовище визнано головним засобом прискорення інтеграції інвалідів у суспільство. Є випадки, коли інваліди вигравали позови до суду в зв'язку з відсутністю спеціальних пристосувань для спінальних інвалідів.

З метою забезпечення безперешкодного доступу осіб з обмеженими фізичними можливостями до об'єктів соціальної інфраструктури, а також враховуючи *Стандартні правила забезпечення однакових можливостей для інвалідів (995\_306)* (Резолюція Генасамблеї ООН від 20 грудня 1993 року № 48/96), **Указом Президента України «Про першочергові заходи щодо створення сприятливих умов життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями № 900/2005 від 01.06.2005»** [58] Кабмін зобов'язувався: вжити заходів до забезпечення безумовного додержання центральними та місцевими органами виконавчої влади законодавства щодо створення належних умов для доступу людей з інвалідністю до об'єктів соціальної інфраструктури; розробити за участю НАІУ, інших ГО інвалідів та затвердити додаткові заходи щодо створення сприятливих умов життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями.

**Постановою КМУ № 559 від 29.04.2004 Про затвердження Правил організації та проведення конкурсу на залучення бюджетних коштів для надання соціальних послуг** визначений порядок проведення конкурсу місцевими органами державної влади та органами місцевого самоврядування.

Законодавче та нормативне забезпечення залучення недержавного сектору до діяльності у сфері соціального захисту інвалідів стало досить суттєвим наближенням до міжнародних норм. Законодавство про соціальні послуги забезпечує діяльність приватних постачальників соціальних послуг за державні кошти на конкурсній основі.

*Таким чином*, не зважаючи на чисельні позитивні зрушення в системі соціального захисту інвалідів, соціальні гарантії, особливо у сфері забезпечення доходів, залишаються досить низькими. Найбільшою проблемою залишається

забезпечення рівня доходів всіх категорій непрацюючих інвалідів на рівні прожиткового мінімуму. Рівень матеріальної підтримки осіб, які здійснюють нагляд за інвалідами (крім одиноких батьків, які доглядають дітей-інвалідів), є мізерним, а тому вимоги міжнародних норм щодо соціального захисту осіб, які здійснюють нагляд, не виконуються.

*Необхідно:*

1) ліквідувати диспропорцію в законодавчих актах, що регламентують соціальний захист інвалідів та їх родин та посилення трудової спрямованості інвалідів;

2) розвивати мережу реабілітаційних закладів для інвалідів у сфері соціального захисту населення;

3) розробити й почати виконання програми забезпечення житла для підтримуваного проживання інвалідів у суспільстві, створивши для цього відповідні житлові фонди;

4) впровадити механізми податкового стимулювання частки співфінансування недержавних соціальних послуг, що надаються особам з інвалідністю, за рахунок благодійності громадян, підприємств, організацій різних форм власності, впровадивши механізм звільнення їх від податків на суми, що пожертвовані на благодійні цілі;

5) підвисити рівень матеріальної підтримки осіб, які здійснюють нагляд за інвалідами;

6) розробити програму забезпечення житлом для підтримуваного проживання інвалідів у суспільстві, створивши для цього відповідні житлові фонди;

7) визначити межу відповідальності місцевих органів влади за невиконання або неналежне виконання законодавства України у сфері соціального захисту інвалідів.

*Отже*, як свідчать результати аналізу нормативно-правової бази, національне законодавство не суперечить міжнародним нормам, зокрема, Конвенції про права інвалідів, але не забезпечує в повному обсязі реалізації інвалідами своїх прав у всіх сферах життєдіяльності. Основні питання, що забезпечують організацію проведення реабілітації інвалідів, вирішені частково. Робота над ключовими законодавчо-нормативними актами, які наближають українське законодавство до міжнародного, продовжується. Необхідно об'єднати в єдину систему зусилля держави й суспільства по захисту прав людей з інвалідністю.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Актуальные проблемы диагностики, реабилитации, социальной интеграции больных и инвалидов с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Ипатов А. В., Сергиени Е. В., Лихолат Е. А. и др. // Сучасні проблеми медико-соціальної експертизи і реабілітації хворих та інвалідів внаслідок серцево-судинних захворювань: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю Українського державного НДІ медико-соціальних проблем інвалідності / За ред. В. Ф. Москаленка та Ю. В. Поляченка. – Дніпропетровськ : Пороги, 2002. – С. 26-35.
2. Алферова Т. С. Основы реабилитологии. Книга первая / Алферова Т. С., Потехина О. А. – Тольятти, 1995. – С.2, 9, 48-50.
3. Аухадеев Э. И., Иксанов, Х. В. Современные методологические подходы к медико-социальной экспертизе и реабилитации больных и инвалидов // Восстановительная лечение и реабилитация лиц, пострадавших в чрезвычайных ситуациях. Казань, 2007. - С. 37-47.
4. Афанас'єв С. В. Інвалідність і реабілітація хворих з ускладненнями хірургічного лікування захворювань органів травлення / Афанас'єв С. В. – Дніпропетровськ : Пороги, 2005. – 183 с.
5. Башмаков А. Ф. Состояние и возможности оптимизации медицинской реабилитации инвалидов в профильных научно-исследовательских институтах Украины / Башмаков А. Ф., Михайловская Л. В., Штанько И. Я. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов: Межвед. сб. науч. трудов, т. 2. – Днепропетровск, 1998. – С. 210-216.
6. Белова А. Н. Амбулаторная реабилитация неврологических больных / Белова А. Н., Григорьева В. Н. – М. : Антидор, 1997. – 216 с.
7. Вальчук Э. А. Концепция медицинской реабилитации в учреждениях здравоохранения Республики Беларусь // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. - 1995. - № 1. - С. 23-26.
8. Гарантии социальной защиты инвалидов: Сб. норматив. актов Украины / НДП. – К., 1998. – 77 с.
9. Голка Г. Г. Реабілітація при туберкульозному спондиліті / Голка Г. Г. // Вісник ортопедії, травматології та протезування. – 2003. – № 4. – С. 35-39.
10. Гольдблат Ю. В. Медико-социальная реабилитация в неврологии / Ю. В. Гольдблат. - Спб.: Политехника, 2006. - 607 с.
11. Гублер Е. В. Информатика в патологии, клинической медицине и педиатрии / Гублер Е. В. – Л. : Медицина, 1990. – 176 с.
12. Декларация ООН про права інвалідів (резолюція 3447 Генеральної Асамблеї ООН від 09.12.75).
13. Закон України “Про внесення змін до деяких законів України щодо оподаткування реабілітаційних установ для інвалідів та дітей-інвалідів (від 7 липня 2005 р.).

14. Закон України “Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні” № 875-12 від 21 березня 1991 р. // Відомості Верховної Ради (ВВР), 1991, № 21, ст.252).
15. Закон України “Про реабілітацію інвалідів в Україні” № 2961 від 06.10.2005 // Урядовий кур’єр (“Орієнтир”). – 2005, 2 листопада. – № 213.
16. Законопроект “Про внесення змін до деяких законодавчих актів України стосовно вирішення проблем професійної і трудової реабілітації інвалідів (від 16 червня 2005 р.).
17. Ипатов А. В., Ферфильфайн И. Л., Рыков С. А. Международная классификация функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья и проблемы инвалидности. Днепропетровск, 2004. - 304 с.
18. Інструкція про встановлення груп інвалідності (Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 7 квітня 2004 р. № 183, зі змінами згідно з Наказом МОЗ України № 565 від 23.11.2004 р.).
19. Ипатов А. В. Питання оптимізації управлінської діяльності головного експерта обласної служби медико-соціальної експертизи / Ипатов А. В. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я. – 2003. – № 1. – С. 61.-67.
20. Кабанов М. М. Реабилитация психических больных и качество их жизни (к вопросу об охране психического здоровья) / Кабанов М. М. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – № 1. – С. 22-27.
21. Клініка, діагностика, критерії медико-соціальної експертизи хворих на системний червоний вовчак, системну склеродермію та ідіопатичний дерматоміозит: Метод. рекоменд. – Автор: Шевчук С. В. – Вінниця, 2004. – 62 с.
22. Коваленко В. М. Медико-експертна та реабілітаційна допомога хворим кардіологічного профілю в Україні: реальність і перспективи / Коваленко В. М., Ипатов А. В., Сергієні О. В. // Сучасні проблеми медико-соціальної експертизи і реабілітації хворих та інвалідів внаслідок серцево-судинних захворювань: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю Українського державного НДІ медико-соціальних проблем інвалідності / За ред. В. Ф. Москаленка та Ю. В. Поляченка. – Дніпропетровськ : Пороги, 2002. – С. 14-18.
23. Комплексна програма реабілітації хворих на цукровий діабет: Посібник / Вернигородський В. С., Шевчук В. І., Вернигородська М. В. – Вінниця, 2003. – 80 с.
24. Комплексна реабілітація інвалідів з артеріальною гіпертензією: Метод. рекоменд. – Автори: Жебель В. М., Куриленко І. В., Шевчук С. В. – Вінниця, 2004. – 34 с.
25. Комплексна реабілітація інвалідів з церебро-васкулярною патологією: Метод. рекоменд. – Автори: Безсмертна Г. В., Гулевата Л. Т. – Вінниця, 2004. – 48 с.
26. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: Учебное пособие / Лисовский В. А., Евсеев С. П., Голофеевский В. Ю., Мироненко А. Н. / Под ред. проф. С. П. Евсеева. – М. : Советский спорт, 2001. – 320 с.
27. Комплексная реабилитация инвалидов / Т. В. Зозуля, Е. Г. Свистунова, В. В. Чехихина и др. - М, 2005-304 с.

28. Концептуальні підходи до формування багатофункціональної структурно-організаційної системи реабілітації інвалідів в Україні / Іпатов А. В., Сергієні О. В., Науменко Л. Ю., Войтчак Т. Г. // Сучасні аспекти медико-соціальної експертизи, реабілітації хворих та післядипломної підготовки лікарів: Тези науково-практичної конференції, присвяченої 25-річчю Кафедри медико-соціальної експертизи ФПО Дніпропетровської державної медичної академії. – Дніпропетровськ, 2004. – С. 23-33.
29. Коробов М. В. Актуальные вопросы становления и развития реабилитологии / Коробов М. В. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов: Сборник научных трудов. – Санкт-Петербург, 2001. – Вып. 7. – С. 9-21.
30. Лечебная физкультура в системе медицинской реабилитации: Руководство для врачей / Под. ред. А. Ф. Каптелина, И. П. Лебедевой. – М., Медицина. – 1995. – 400 с.
31. Маккавейский П. А. Концептуальные вопросы реабилитации больных и инвалидов / Маккавейский П. А., Шестаков В. П., Каменков К. А. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов: Сборник научных трудов. – Санкт-Петербург, 2001. – Вып. 7. – С. 21-24.
32. Мартинюк І. О. Загальні принципи реабілітації хворих та інвалідів / Мартинюк І. О., Пирогова В. І., Бутитер Л. Д. // Практична медицина. – 1999. – № 5-6. – С. 123-127.
33. Маруніч В. В. Медико-соціальні проблеми інвалідності внаслідок хвороб системи кровообігу в Україні наприкінці ХХ – початку ХХІ століття / Маруніч В. В., Іпатов А. В., Сергієні О. В. // Сучасні проблеми медико-соціальної експертизи і реабілітації хворих та інвалідів внаслідок серцево-судинних захворювань: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю Українського державного НДІ медико-соціальних проблем інвалідності / За ред. В. Ф. Москаленка та Ю. В. Поляченка. – Дніпропетровськ : Пороги, 2002. – С. 3-14.
34. Маруніч В. В. Особливості організації реабілітації інвалідів в Україні / Маруніч В. В., Шевчук В. І. // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, присвяченої 30-річчю Українського державного НДІ реабілітації інвалідів МОЗ України “Актуальні питання медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів” 16-17 вересня 2004 р. – Вінниця, 2004. – с. 13-25.
35. Маруніч В. В. Про задачі, принципи і напрямки діяльності регіональних реабілітаційних центрів / Маруніч В. В., Шевчук В. І. // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, присвяченої 30-річчю Українського державного НДІ реабілітації інвалідів МОЗ України “Актуальні питання медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів” 16-17 вересня 2004 р. – Вінниця, 2004. – с. 13-25.
36. Маруніч В. В. Результати роботи служби медико-соціальної експертизи за 2003 рік – Рік людей з інвалідністю / Маруніч В. В., Іпатов А. В. // Сучасні аспекти медико-соціальної експертизи, реабілітації хворих та післядипломної підготовки лікарів: Тези науково-практичної конференції, присвяченої 25-річчю кафедри медико-соціальної експертизи ФПО Дніпропетровської державної медичної академії. – Дніпропетровськ, 2004. – С. 21-23.

37. Медико-соціальна експертиза та медична реабілітація хворих із наслідками травм кісток передпліччя в дистальному відділі: Методичні рекомендації. – Автори: Іпатов А. В., Сергієні О. В., Лоскутов О. Є. та ін. – Дніпропетровськ : Пороги, 2005. – 62 с.
38. Медицинская реабилитация: Руководство для врачей / Под ред. В. А. Епифанова. - М, 2008. - 328 с.
39. Международная классификация нарушений, снижения трудоспособности и социальной недостаточности: руководство по классификации последствий болезни. - М., 1982. - 187 с.
40. Международная классификация функционирования, ограниченный жизнедеятельности и здоровья. - Женева: ВОЗ, 2001. 342 с.
41. Международная номенклатура нарушений, ограниченный жизнедеятельности и социальной недостаточности: руководство по классификации болезней и причин инвалидности. - М: РАМН: НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением имени Н. А. Семашко, 1994. - 105 с.
42. Международная номенклатура нарушений, ограниченный жизнедеятельности и социальной недостаточности. – М., 1998. – 110 с.
43. Міжгалузева комплексна програма “Здоров’я нації” на 2002-2011 роки.
44. Національна програма професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями на 2001-2005 роки, затверджена Указом Президента України. – Київ, 13 липня 2001 року.
45. Новик А. А. Концепция исследований качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова, П. Кайнд. - СПб.: ЭЛБИ, 1999.
46. Організація та управління системою медичної реабілітації інвалідів: Методичні рекомендації. – Автор: Сергієні О. В. – Дніпропетровськ, 1997.
47. Оцінка ступеня обмеження життєдіяльності хворих з дисциркуляторними енцефалопатіями: Метод. рекомєнд. – Автори: Сторожук Л. О., Римша С. В., Беляєва Н. М. – Вінниця, 2004. – 22 с.
48. Панина И. А. Актуальные вопросы медико-социальной экспертизы и реабилитации больных с профессиональными заболеваниями / Панина И. А., Левиков Г. В. // МСЭ и реабилитация. – 2001. – № 3. – С. 19-24.
49. Панцир С. І. Міжнародне та українське законодавство щодо працевлаштування, соціального захисту та медичного забезпечення інвалідів: спроба порівняльного аналізу (за результатами моніторингу законодавства) // <http://www.parlament.org.ua>
50. Пинчук И. Я. Общие понятия о реабилитации пожилых людей / Пинчук И. Я. // Новости медицины и фармации. – 2004, Январь. – № 1 (141). – С. 18-19.
51. Постанова Кабінету Міністрів України від 10 січня 2002 року № 14, Київ “Про затвердження міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації” на 2002-2011 роки. – 64 с.
52. Постанова Кабінету Міністрів України від 22 лютого 1992 р. “Про затвердження Положення про медико-соціальну експертизу і Положення про Індивідуальну програму реабілітації та адаптації інваліда” // Уряд. кур’єр. – 1992, 03, № 12.
53. Предупреждение инвалидности и реабилитация: доклад комитета экспертов ВОЗ по предупреждению инвалидности и реабилитации. - Женева, 1983. - 42 с.

- (Сер. техн. докл. 668).
54. Принципи реабілітації хворих на бронхіальну астму та хронічні обструктивні захворювання легенів: Метод. рекомендації. – Автори: Маленький В. П. та ін. – Вінниця, 2004. – 22 с.
  55. Проблеми реабілітації інвалідів в Україні / Сергієні О. В., Коваленко В. В., Штанько І. Я. та інші. // Сучасні проблеми медико-соціальної експертизи і реабілітації хворих та інвалідів внаслідок серцево-судинних захворювань: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю Українського державного НДІ медико-соціальних проблем інвалідності / За ред. В.Ф. Москаленка та Ю.В. Поляченка. – Дніпропетровськ : Пороги, 2002. – С. 273-280.
  56. Реабілітація хворих на цироз печінки: Метод. рекомендації. – Автори: Макарова Л. П., Нечипорук О. В., Довгалюк Т. В. – Вінниця, 2004. – 20 с.
  57. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями: Том I / Под. ред. А. Н. Беловой, О. Н. Шепетовой. - М, 1998. - 224 с.
  58. Свистунова Е. Г. Концептуальные понятия о медико-социальной реабилитации инвалидов в России / Е. Г. Свистунова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2003. - № 3. - С. 3-6.
  59. Сергієні Е. В. Пути реализации реабилитационного потенциала инвалидов, проходящих освидетельствование в медико-социальных экспертных комиссиях (МСЭК) Украины / Сергієні Е. В. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов: Межвед. сб. науч. трудов, т. 2. – Днепропетровск, 1998. – С. 203-209.
  60. Сергієні О. В. Сучасні проблеми реабілітації інвалідів / Сергієні О. В. – Дніпропетровськ : Поліграфіст, 1998. – 138 с.
  61. Смычек В. Б. Индивидуальная программа реабилитации больных и инвалидов / Смычек В. Б. // Сучасні проблеми медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів. Зб. наукових праць. – Дніпропетровськ, 2001. – С. 198-202.
  62. Смычек В. Б. Медико-социальная экспертиза и реабилитация / В. Б. Смычек, Г. Я. Хулуп, В. К. Милькаманович. - Минск: ЮНИПАК, 2005. - 420 с.
  63. Смычек В. Б. Основы реабилитации: Курс лекций / Смычек В. Б. – Минск, 2000. – 132 с.
  64. Смычек В. Б. Современная международная концепция последствий болезни и «составляющих здоровья» / Смычек В. Б. – Минск, 2008. – 74 с.
  65. Смычек В. Б. Технология проведения реабилитации больных и инвалидов на медико-профессиональном этапе / Смычек В. Б. // Сучасні проблеми медико-соціальної експертизи і реабілітації хворих та інвалідів внаслідок серцево-судинних захворювань: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю Українського державного НДІ медико-соціальних проблем інвалідності / За ред. В. Ф. Москаленка та Ю. В. Поляченка. – Дніпропетровськ : Пороги, 2002. – С. 280-285.
  66. Смычек В. Б., Копать Т. Т., Копытов Л. В. // Сучасні проблеми медико-соціальної експертизи і реабілітації хворих та інвалідів внаслідок серцево-судинних захворювань: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю Українського державного НДІ медико-соціальних

- проблем інвалідності / За ред. В. Ф. Москаленка та Ю. В. Поляченка. – Дніпропетровськ : Пороги, 2002. – С. 35-40.
- 67.Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации / Войтенко Р. М., Дубинина И. А., Коробов М. В. и др. / [под ред. Коробова М.В., Помникова В.Г.] / – СПб : Гиппократ, 2003. – 800 с.
- 68.Стандартизация медицинских услуг. Унифицированные подходы в курортологии и реабилитации / Бабов К. Д., Буринский С. В., Дышловой И. Н. и др. // Мед. реабилитация, курортология физ. терапия. – 2004. – № 1. – С. 3-7.
- 69.Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов. Приняты Генеральной Ассамблеей ООН 20 декабря 1993 года. – 1994. – 83 с.
- 70.Технология медико-профессионального этапа реабилитации больных и инвалидов с основной инвалидизирующей патологией терапевтического и неврологического профилей / Э. И. Зборовский, С. П. Кускова, Т. Д. Рябцева и др. // Достижения медицинской науки Беларуси: Сб.науч.ст. Минск. – 1996. Вып.1.– С.72-73.
- 71.Торохтін О. М. // Мед. реабілітація, курортологія, фізіотерапія. – 2003. – № 3 (35). – С. 32-38.
- 72.Указ Президента України “Про першочергові заходи щодо створення сприятливих умов життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями (від 1 червня 2005 р. № 900/2005, м. Київ).
- 73.Физическая реабилитация / Под общей ред. проф. С.Н. Попова. - Ростов н/Д:1998. - 608 с.
- 74.Физическая реабилитация детей с нарушениями функций опорно-двигательной системы / Под ред. Н. А. Гросс. – М. : Советский спорт, 2000. – 224 с.
- 75.Физическая реабилитация: Учебник для академий и институтов физической культуры / Под общ. ред. проф. С. Н. Попова. – Д. : Феникс, 1999. – 608 с.
- 76.Чоговадзе А. В., Поляев Б. А., Иванова Г. Е. // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Реабилитация здоровья человека». – Москва, 1995. – С.1.
- 77.Шевцов А. Г. Система центрів соціальної реабілітації дітей з інвалідністю: Довідник / Шевцов А. Г., Шерстюк І. В., Полякова О. Ю. – К. : НТІ «Інститут соціальної політики», 2003. – 257 с.
- 78.Шевчук В. І. Комплексна реабілітація інвалідів з наслідками травм та захворюваннями опорно-рухової системи: Посібник / Шевчук В. І., Безсмертний Ю. О. – Вінниця: Книга – Вега, 2004. – 316 с.
- 79.Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации: Руководство для врачей и научных работников / Под ред. А. Н. Беловой, Л. Н. Щепетовой. – М.: Антидор, 2002. – 440 с.
- 80.Шогилин А. В. Информационное пространство специалиста-реабилитолога // Семинар по проблемам реабилитации: Сб. науч. трудов. – Санкт-Петербург, 1997. – С. 10-12.
- 81.Эланский Ю. Г. Вопросы реабилитации инвалидов в свете основных положений концепции социальной независимости / Ю. Г. Эланский, С.П. Пешков // Здравоохранение Российской Федерации. - 1997. - № 3. - С. 24-24.
- 82.Юнусов Ф. А. Организация медико-социальной реабилитации за рубежом // Юнусов, Ф. А., Гайгер Г., Микус Э., Манувальд О. - М.: Общероссийский

- общественный доклад «Социальное развитие России, 2008. - 332 с.»
83. Юнусов Ф. А. Организация медико-социальной реабилитации за рубежом / Ф. А. Юнусов, Г. Гайгер, Э. Микус. - М.: Общероссийский общественный фонд «Социальное развитие России», 2004. - 310 с.
  84. Disler P. B. Rehabilitation medicine / P. B. Disler, I. Cameron, S. F. Wilson // Med. J. Aus. - 2002. - Vol. 177, № 7. P. 385-386.
  85. Engel J. L. The biopsychosocial model and medical education. NEJM 306, 1977.
  86. Hunt S. M. The problem of quality of life / S. M. Hunt // Quality of Life Research. - 1997. Vol.6. -P.205-210.
  87. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). - Geneva: WHO, 1980.
  88. Internet: Jamal Mazrui, National Council on Disability, Email: 74444.1076@compuserve.com
  89. Mikulovic, J. social and professional reintegration of the long-term unemployed disabled. Intervention on the body through adapted physical activities, conative teaching skills and social re-energization / J. Mikulovic, G. Bui-Xuan, A. Marcellini // Int. J. Rehabil. Res. - 2002. - Vol. 25, № 1. - P.47-50.
  90. Stucki. G. Value and application of the ICF in rehabilitation medicine / G. Stucki, T. Ewert, A. Cieza // Disabit. Rehabil. - 2002. - Vol. № 17. - P. 932-938.
  91. Wade T. D. Measurement in neurological rehabilitation / Wade T. D. – Oxford, 1992.
  92. WHO. World Health Organization International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: a Mannual of Classification Relating to The Consequences of Disease. – Geneva, Switzerland, World Health Organization, 1980.

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

## **Реабілітація інвалідів**

### **Монографія**

*Відповідальний редактор Тетяна Довгалюк*

*Комп'ютерна верстка Надія Іваниця*

*Здано до складання 01.12.2012 р.*  
*Підписано до друку 20.12.2012 р.*  
*Формат 60x84/16. Папір офсетний.*  
*Гарнітура Times New Roman. Друк офсетний.*  
*Ум. друк. арк. 12,83*  
*Замовлення № 439*

*Видавець ФОП Данилюк В.Г.*  
*М. Вінниця. Хмельницьке шосе, 145*  
*тел.: (0432) 43-51-39, 57-65-44*  
*e-mail: [dilo2007dilo@rambler.ru](mailto:dilo2007dilo@rambler.ru)*  
*Свідоцтво ДК № 3510 від 21.06.2009 р.*

*Виготовлювач «Енозіс»*

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

**Р 31 Реабілітація інвалідів: Монографія. – Вінниця:**

**ФОП Данилюк В.Г., 2012. – 216 с. : іл.**

**ISBN 978-966-2190-73-1**

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

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

Монографія призначена для спеціалістів системи медико-соціальної експертизи, ЛКК, медико-соціальної реабілітації, вчених.

УДК 364.048.6-056.26

ББК 60.550.473

Р 31