



**USAID**  
ВІД АМЕРИКАНСЬКОГО НАРОДУ



Фонд Східна Європа



ЛАБОРАТОРІЯ  
ЗАКОНОДАВЧИХ  
ІНІЦІАТИВ  
[www.parlament.org.ua](http://www.parlament.org.ua)

*Богдан Мойса*



## Пропозиції до політики щодо реабілітації осіб з порушеннями здоров'я

Вересень 2017

Підготовка аналітичних матеріалів є частиною проекту, що реалізує ГО «Лабораторія законодавчих ініціатив» у рамках Програми USAID «РАДА: підзвітність, відповідальність, демократичне парламентське представництво». Програма USAID «РАДА», що виконується Фондом Східна Європа, сприяє становленню підзвітного, відповідального і демократичного парламентського органу.

Більше на [www.radaprogram.org](http://www.radaprogram.org)

Думки, викладені в цій публікації, є виключною відповідальністю авторів дослідження та не обов'язково відображають точку зору USAID, Фонду Східна Європа та Лабораторії законодавчих ініціатив.

Лабораторія законодавчих ініціатив

**Пропозиції до політики щодо реабілітації осіб  
з порушеннями здоров'я  
(*Policy Paper*)**

Автор:

*Богдан Мойса*

ВЕРЕСЕНЬ, 2017

## **Зміст**

Анотація .....	3
1. Ідентифікація та опис проблеми .....	4
2. Аналіз національного законодавства та практики його застосування щодо реабілітації осіб з порушеннями здоров'я .....	6
3. Міжнародний досвід організації системи реабілітації осіб з інвалідністю .....	17
4. Аналіз стейкголдів та їхнього впливу на проблему .....	25
5. Визначення можливих шляхів вирішення проблеми .....	27
6. Опис пропонованого шляху вирішення проблеми .....	30

## АНОТАЦІЯ

У пропонованій аналітичній записці досліджено спроможність системи реабілітації відповідати подальшій імplementації Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю та Міжнародної класифікації функціонування обмежень життєдіяльності та здоров'я (далі – МКФ). Констатовано, що чинна система реабілітації, на жаль, не має змоги відповідати нагальним викликам та забезпечити отримання послуг особам з інвалідністю якнайближче до місця проживання. Крім того, особи з порушенням здоров'я, яким інвалідність не встановлено є із цієї системи виключеними.

Метою аналітичного документу є вироблення пропозицій для формування державної політики у сфері реабілітації осіб з порушеннями здоров'я на основі імplementації Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю та просування їхньої максимальної незалежності. Висвітлено міжнародні та національні норми щодо реабілітації осіб з інвалідністю, проаналізовано прогалини в українському законодавстві та правозастосовній практиці щодо доступу до реабілітаційних послуг та допоміжних засобів.

Приділено увагу міжнародному досвіду в цій сфері, зокрема аналізу політики окремих країн стосовно забезпечення реабілітаційними послугами осіб з порушеннями здоров'я. Зокрема, взято до уваги питання соціальної підтримки страхової медицини. Окреслено можливості отримання реабілітаційних послуг за місцем проживання.

Аналізуючи участь зацікавлених сторін у формуванні політики, привернуто увагу до реформ у дотичних сферах, зокрема охорони здоров'я та сфері соціальних послуг.

На основі аналізу запропоновано можливі шляхи поліпшення державної політики у визначеній сфері, окреслено перспективи запровадження альтернативи, яка базуватиметься на імplementації МКФ.

## ABSTRACT

The analytical paper investigates into the capability of the rehabilitation system to comply with the further implementation of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities and International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). It states that the currently valid rehabilitation system, unfortunately, does not meet the needs of persons with disabilities. Besides, persons living with health problems whose disability is not determined are excluded from this system.

The paper pays attention to international experience in this sphere, in particular to political analysis concerning the provision of rehabilitation services to persons with health problems. In addition, it takes into consideration the question of social support in the case of insurance medicine. It delineates possibilities to receive rehabilitation services according to place of residence.

When analysing the impact of stakeholders on the policy development, the author of the paper gives attention to reforms in connected spheres, in particular in those of health care and social services. Based on the analysis, the paper proposes possible ways of the improvement of the state policy in this area. It delineates the prospects for introduction of an alternative approach which will be based on the implementation of ICF

## 1. Ідентифікація та опис проблеми

Чинна система реабілітації не може вдало реагувати на сучасні виклики. Ба більше, її правове забезпечення не відповідає міжнародним зобов'язанням, які взяла на себе Україна<sup>1</sup>. Підтвердження невідповідності реабілітаційної системи України міжнародним стандартам подає й Всесвітня організація охорони здоров'я (далі – ВООЗ), місія якої проводила відповідну оцінку у грудні 2015<sup>2</sup>.

Потреба отримання реабілітаційних послуг стосується значної кількості населення України. Йдеться, по-перше, про осіб з інвалідністю, кількість яких у загальній структурі населення суттєво зросла. Якщо на початку 90-х рр. минулого століття загальна чисельність людей з інвалідністю становила близько 3 % від усього населення, або 1,5 млн осіб, то чисельність осіб з інвалідністю у 2013 р. – 2 788 226 осіб, або 6,1 % усього населення, відповідно їх кількість зросла майже в 4 рази. На початок 2016 року кількість людей з інвалідністю складала 2614061 (у тому числі: 250229 осіб з інвалідністю I групи, 918966 тис. – II групи, 1291249 – III групи та 153547 дітей з інвалідністю), що дорівнювало 6,11 % у загальній структурі населення (42760,5 тис. осіб)<sup>3</sup>. Високий показник інвалідності зумовлюється цілим комплексом причин: недосконалістю чинної системи охорони здоров'я, недостатньою безпекою та охороною праці, травматизмом на дорогах, погіршенням якості харчування та питної води, старінням населення, наявністю різноманітних катаклізмів екологічних, природних, воєнних, зокрема проведенням Антитерористичної операції (далі – АТО) та ін.<sup>4</sup>.

Формально показники кількості осіб з інвалідністю, що проходять реабілітацію, не є аж надто низькими. За минулий рік у реабілітаційних установах, що перебувають у сфері управління Міністерства соціальної політики України (далі – Мінсоцполітики) проходили реабілітацію понад 19,0 тис. осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю, зокрема у державних реабілітаційних установах – 3,8 тис. осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю<sup>5</sup>. Однак державою фактично не здійснюється моніторинг результативності отриманих реабілітаційних послуг та ефективності діяльності зазначених реабілітаційних установ.

Другою важливою категорією, що потребують реабілітаційних послуг, є особи, що постраждали внаслідок АТО. Відповідно до Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», статус учасника бойових дій встановлено 296 278 особам; інваліда війни – 5 004 особам; учасника війни

<sup>1</sup> У 2009 році ратифіковано Конвенцію ООН про права осіб з інвалідністю. Офіційний переклад за посиланням: [http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/995\\_g71](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/995_g71)

<sup>2</sup> Оцінка системи реабілітації в Україні. – Оціночна місія ВООЗ. – Грудень 2015. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.physrehab.org.ua/tl\\_files/Docs/Assessment%20of%20the%20Rehabilitation%20System%20in%20Ukraine.%20Summary%20rstr%20UKR.pdf](http://www.physrehab.org.ua/tl_files/Docs/Assessment%20of%20the%20Rehabilitation%20System%20in%20Ukraine.%20Summary%20rstr%20UKR.pdf)

<sup>3</sup> Права людини в Україні у 2016 році. Доповідь правозахисних організацій. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://helsinki.org.ua/prava-lyudej-z-invalidnistyu-l-fursova/>

<sup>4</sup> Байда Лариса. Звіт про ситуацію із надання реабілітаційних послуг для людей з інвалідністю. / Національна асамблея людей з інвалідністю України, 2013. – С. 1

<sup>5</sup> Міністерство соціальної політики України. Соціальний звіт за 2016 рік. Київ, 2017. – С. 34. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.msp.gov.ua/timeline/Zviti.html>

– 715 особам; члена сім'ї загиблого – 7 205<sup>6</sup>. Крім того, внаслідок проведення АТО порушення здоров'я через бойові дії набули понад 9 тисяч цивільних осіб, із яких 200 встановлено інвалідність<sup>7</sup>.

Станом на 01.01.2017 пройшли санаторно-курортне лікування та реабілітацію в санаторно-курортних закладах Міноборони 1621 учасник АТО та 125 членів їхніх сімей<sup>8</sup>. Психологічну реабілітацію отримало понад 5 тисяч учасників АТО. Водночас відсоток осіб, що потребують такої допомоги суттєво відрізняється, що змушує припустити недосконалість системи оцінки потреб у реабілітації<sup>9</sup>. Те ж саме стосується й моніторингу ефективності реабілітаційних заходів. Серед показників фактично відсутні дані щодо впливу здійснюваних заходів на життєдіяльність особи.

Поза системою реабілітації, декларованою для осіб з інвалідністю, опинились особи із порушеннями здоров'я, яким не формалізовано статус інваліда однієї із груп.

На жаль, в Україні практично відсутня міжвідомча координація сфер охорони здоров'я, освіти та соціального захисту в питаннях реабілітації людей з інвалідністю, а створена система реабілітації не задовольняє потреби осіб з інвалідністю в отриманні послуг, особливо в сільській місцевості. Чинній реабілітаційній галузі бракує комплексної системи оцінки потреб, міждисциплінарної роботи у наданні послуг та безпосередньої їх спрямованості на клієнта<sup>10</sup>.

Неналежним залишається й рівень забезпечення осіб з інвалідністю допоміжними засобами та засобами медичного призначення. За окремими категоріями осіб з інвалідністю перелік таких засобів потребує перегляду. Забезпечення ж протезуванням взагалі стає предметом уваги правозахисників та журналістських розслідувань. У 2015 – 2016 роках забезпечено протезуванням та ортезуванням 379 учасників АТО<sup>11</sup>. Не кращою є й ситуація із забезпеченням засобами медичного призначення. Ба більше того, як йшлося вище, особи із порушеннями здоров'я, які потребують відповідних засобів, але яким формально не встановлено групи інвалідності не зможуть розраховувати на державну підтримку для їх придбання.

Актуальність перегляду системи реабілітації знайшла своє відображення і в стратегічних документах національного рівня. Зокрема, одним з очікуваних результатів Національної стратегії у сфері прав людини зазначено: «приведено у відповідність із МКФ критерії встановлення інвалідності та отримання реабілітаційних засобів і послуг людьми з інвалідністю»<sup>12</sup>.

---

<sup>6</sup> Аналітичні матеріали до засідання Ради у справах осіб з інвалідністю при Кабінеті Міністрів України 25 травня 2017 року.

<sup>7</sup> За інформацією УВКБ ООН та Офісу Уповноваженого Президента з прав людей з інвалідністю

<sup>8</sup> Там само.

<sup>9</sup> Там само.

<sup>10</sup> Байда Лариса. Звіт про ситуацію із надання реабілітаційних послуг для людей з інвалідністю. / Національна асамблея людей з інвалідністю України, 2013. – С. 1

<sup>11</sup> Мінсоцполітики. Соціальний звіт за 2017 рік.

<sup>12</sup> Національна стратегія у сфері прав людини. // <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/501/2015>

## 2. Аналіз національного законодавства та практики його застосування щодо реабілітації осіб з порушеннями здоров'я

Систему реабілітації в Україні складають Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні», Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», значна кількість нормативно-правових актів Кабінету Міністрів України (далі – КМУ), відомчі документи, зокрема Мінсоцполітики та Міністерства охорони здоров'я України (далі – МОЗ). Правові документи, що регламентують питання реабілітації, готувалися в різний час, а отже, мають часто різну термінологію та передбачають неоднакові підходи до забезпечення реабілітаційними послугами. Під час розробки нового закону щодо реабілітації видається необхідною підготовка єдиного документа, наприклад постанови КМУ, в якому би було посилання на всі відомчі документи, що стосувались би деталізації різних форм та видів реабілітації, встановлення груп інвалідності тощо. Це дозволило би уникнути дублювання та відсутності різних підходів. Такий підхід дозволив би полегшити роботу фахівців, що працюють у цій сфері, та полегшив би особам з інвалідністю розуміння того, на що вони мають право і яким чином забезпечити реалізацію такого права.

Медична реабілітація й далі залишається успадкованою від часів СРСР із великими центрами, які більше підходять для санаторно-курортного лікування. На цьому, зокрема, наголошувала й оціночна місія ВООЗ, кажучи, що: «Існують кілька реабілітаційних послуг, проте немає систематичного плану реабілітаційних послуг в закладах надання допомоги на гострому, підгострому та довготривалому етапах. Переважно реабілітаційні заклади працюють так, як це було запроваджено в Радянському Союзі, проте було створено декілька сучасних реабілітаційних закладів. Проте вони є новими поодинокими зразками та не представляють всю систему охорони здоров'я в цілому. Це призводить до значної нестачі реабілітаційних послуг, а також до зайняття ліжок-місць та неефективного використання ресурсів у лікарнях (для лікування гострих станів). Надання допоміжних засобів відділене від пов'язаних зі здоров'ям реабілітаційних послуг і призводить до недостатніх результатів та марнування ресурсів»<sup>13</sup>.

У 2005 році прийнято Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні»<sup>14</sup>. На той час Закон вважався достатньо прогресивним. Ним було закладено засади:

- встановлення груп інвалідності та формування програми реабілітації з урахуванням очікувань користувача;
- сукупності видів, форм реабілітації та типів реабілітаційних закладів, зокрема деякі із закладів базувались на моделі «незалежного способу життя»;
- забезпечення осіб з інвалідністю допоміжними засобами.

Проте Закон стосувався лише осіб, інвалідність яких формалізувалась через

<sup>13</sup> Оцінка системи реабілітації в Україні. – Оціночна місія ВООЗ. – Грудень 2015. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.physrehab.org.ua/tl\\_files/Docs/Assessment%20of%20the%20Rehabilitation%20System%20in%20Ukraine.%20Summary%20rstr%20UKR.pdf](http://www.physrehab.org.ua/tl_files/Docs/Assessment%20of%20the%20Rehabilitation%20System%20in%20Ukraine.%20Summary%20rstr%20UKR.pdf)

<sup>14</sup> Текст закону за посиланням: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2961-15>

встановлення відповідно I, II та III групи інвалідності, не особливо поширюючись на осіб з порушеннями здоров'я, яким таку інвалідність не встановлено. До закону вносились лише незначні доповнення щодо визначення терміну «інвалідність», додана до користувачів реабілітаційними послугами учасників АТО та жінок після мастектомії стосовно забезпечення їх протезно-ортопедичними виробами.

Так, у 2011 році на виконання вимог щодо імплементації Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю до Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» було внесено зміни щодо визначення термінів «інвалід», «дитина-інвалід» та «інвалідність». Було зроблено акцент не на стані здоров'я особи, а на встановленні тісного зв'язку між особою з порушеннями здоров'я та перешкодами в суспільстві, що можуть призводити до обмеження життєдіяльності такої особи<sup>15</sup>. Водночас відповідні зміни до визначення особи з інвалідністю було внесено й до Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», проте визначення терміну «дитина-інвалід» залишилось незмінним в Законі України «Про охорону дитинства»<sup>16</sup>, в якому порушення стану здоров'я дитини призводять до обмеження нормальної життєдіяльності дитини та зумовлюють потребу додаткової соціальної допомоги і захисту.

Значною проблемою функціонування системи реабілітації є розпорошеність останньої між кількома Міністерствами, що через відсутність координації призводить до відсутності цілісності реабілітаційного процесу<sup>17</sup>.

Мінсоцполітики, реалізуючи повноваження щодо соціального захисту осіб з інвалідністю, координує діяльність пов'язану із отриманням окремих реабілітаційних послуг, забезпеченням технічними та іншими засобами реабілітації. Крім того, це міністерство через затвердження типових нормативних документів координує діяльність стаціонарних закладів соціального захисту (інтернатні заклади), які окрім догляду повинні надавати й реабілітаційні послуги.

МОЗ реалізує політику у сфері медичної реабілітації, і зокрема в сфері забезпечення засобами медичного призначення<sup>18</sup>.

Міністерство освіти і науки України (далі – МОН) затверджує навчальні програми із підготовки фахівців у сфері реабілітації<sup>19</sup>.

До повноважень Міністерства оборони, зокрема, належить: «здійснення заходів, спрямованих на реалізацію соціально-економічних і правових гарантій військовослужбовцям, членам їх сімей та працівникам Збройних Сил, особам, звільненим у запас або відставку, а також членам сімей військовослужбовців,

---

<sup>15</sup> Закон України «Про внесення змін до деяких Законів України щодо прав інвалідів» від 22.12.2011 №4213-VI // <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/4213-17>

<sup>16</sup> Стаття 1 Закону України «Про охорону дитинства» // <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2402-14>

<sup>17</sup> Оцінка системи реабілітації в Україні. – Оціночна місія ВООЗ. – Грудень 2015. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.physrehab.org.ua/tl\\_files/Docs/Assessment%20of%20the%20Rehabilitation%20System%20in%20Ukraine.%20Summary%20rstr%20UKR.pdf](http://www.physrehab.org.ua/tl_files/Docs/Assessment%20of%20the%20Rehabilitation%20System%20in%20Ukraine.%20Summary%20rstr%20UKR.pdf)

<sup>18</sup> Постанова КМУ від 25.03.2015 № 267 «Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України» // <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF/page>

<sup>19</sup> Оцінка системи реабілітації в Україні. – Оціночна місія ВООЗ. – Грудень 2015. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.physrehab.org.ua/tl\\_files/Docs/Assessment%20of%20the%20Rehabilitation%20System%20in%20Ukraine.%20Summary%20rstr%20UKR.pdf](http://www.physrehab.org.ua/tl_files/Docs/Assessment%20of%20the%20Rehabilitation%20System%20in%20Ukraine.%20Summary%20rstr%20UKR.pdf)

які загинули (померли), пропали безвісти, стали інвалідами під час проходження військової служби або потрапили в полон у ході бойових дій (війни) чи під час участі в міжнародних операціях з підтримання миру і безпеки»<sup>20</sup>. Крім того, Міністерство «організовує медичне забезпечення Збройних Сил у мирний час та особливий період, розробляє і здійснює комплекс профілактичних, лікувальних, санаторно-курортних та реабілітаційних заходів, спрямованих на збереження і здоров'я військовослужбовців та ветеранів військової служби, членів їх сімей, ветеранів війни, працівників Збройних Сил та інших категорій громадян, яким надано право на користування закладами охорони здоров'я Міноборони». Практично Міноборони забезпечує формальне підтвердження статусу ветерана та підтверджує факту отримання ним інвалідності внаслідок участі у бойових діях. У відомчих закладах охорони здоров'я (госпіталі) надаються реабілітаційні заходи військовослужбовцям, зокрема ветеранам. Крім того, через відповідні заклади надається й санаторно-курортне лікування<sup>21</sup>.

За інформацією оціночної місії ВООЗ, недостатня координація між окремими міністерствами, що реалізують політику у сфері реабілітації та відповідно між різними реабілітаційними послугами призводить до недостатньої результативності, зокрема у забезпеченні допоміжними засобами<sup>22</sup>.

Не дивлячись на те, наразі створена розгалужена мережа реабілітаційних установ різних форм власності та відомчої належності, які надають послуги людям з інвалідністю, проте це не дає змоги повною мірою забезпечити їх належними реабілітаційними послугами.

Станом на 01.01.2017 у сфері управління Мінсоцполітики та органів соціального захисту населення налічувалось 152 реабілітаційні установи для осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю, у тому числі 8 з них безпосередньо підпорядковані Міністерству (державна власність). За минулий рік у таких установах проходили реабілітацію понад 19,0 тис. осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю, зокрема у державних реабілітаційних установах – 3,8 тис. осіб з інвалідністю та дітей з інвалідністю<sup>23</sup>. На жаль, цифри, що наводяться в офіційних звітах не відображають реальної потреби у реабілітаційних послугах, а також не відстежується якість та ефективність таких послуг.

Низький рівень заробітної плати фахівців соціальної сфери інколи призводить до нестачі кваліфікованих кадрів, дефіциту відповідальності та низької якості послуг. Як правило, послуги оцінюються за такими критеріями, як «кількість одержувачів послуг», «кількість наданих послуг», «обсяг фінансування» тощо. На жаль, не згадується про якість послуг, орієнтування послуг на індивідуальні потреби людей з інвалідністю та рівень задоволення цих потреб<sup>24</sup>.

---

<sup>20</sup> Постанова КМУ від 26.11.2014 № 671 «Про затвердження Положення про Міністерство оборони України» // <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/671-2014-%D0%BF>

<sup>21</sup> Там само.

<sup>22</sup> Оцінка системи реабілітації в Україні. Грудень 2015.

<sup>23</sup> Соціальний звіт за 2016 рік.

<sup>24</sup> Байда Лариса. Звіт про ситуацію із надання реабілітаційних послуг для людей з інвалідністю. / Національна асамблея людей з інвалідністю України, 2013.

Занепокоєння експертів викликає недоступність реабілітаційних послуг для людей з інвалідністю у сільській місцевості: установи розташовані по країні нерівномірно: в одній області спостерігаємо функціонування декількох реабілітаційних закладів різного підпорядкування, в іншій вони відсутні взагалі. Окрім цього, заклади системи охорони здоров'я та освіти, де надаються послуги, в переважній більшості архітектурно недоступні для людей з інвалідністю. Не використовуються принципи універсального дизайну та розумного пристосування. Іншою не менш важливою проблемою є відсутність доступного транспорту та інфраструктури, що ускладнює відвідування реабілітаційних установ різного відомчого підпорядкування для людей з інвалідністю<sup>25</sup>.

Ефективній реабілітації людей з інвалідністю перешкоджає ряд й інших значних недоліків. Зокрема, відсутні єдині принципи політики щодо надання якісних послуг для осіб з інвалідністю внаслідок функціонування різних центрів: медичних, медико-соціальних, соціальних, психолого-педагогічних, професійної, трудової, фізкультурно-спортивної реабілітації різного відомчого підпорядкування<sup>26</sup>.

Незавершеність формування Централізованого банку даних з питань інвалідності (далі – ЦБІ) як єдиної системи збору та узагальнення статистичних даних щодо чисельності людей з інвалідністю та їхніх потреб та відсутність належної взаємодії Мінсоцполітики з користувачами ЦБІ роблять проблематичним його функціонування в актуальному режимі. Внаслідок незабезпечення інформаційного доступу до ЦБІ та обміну інформаційними даними в автоматизованому режимі його користувачам, працівники Медико-соціальних експертних комісій (далі – МСЕК) та лікарсько-консультативних комісій (далі – ЛКК) інколи не мають можливості для завантаження даних індивідуальних програм реабілітації людей з інвалідністю (далі – ІПР), що не дає можливості визначити актуальну потребу в реабілітаційних заходах та відстежити їхню результативність. Не ведеться облік людей з інвалідністю та заходів, які вони отримують і в яких вони мають потребу, невідомі реальні масштаби перепон і бар'єрів, що заважають нормальній життєдіяльності вказаних осіб<sup>27</sup>.

Не дивлячись на внесення змін до термінології стосовно тісного зв'язку між станом здоров'я особи та бар'єрами в суспільстві, змін, наприклад, щодо критеріїв встановлення групи інвалідності не відбулось. Вирішальним й надалі залишається стан здоров'я особи. Відповідно до Закону, особі може встановлюватись I, II та III група інвалідності, а згідно з новою редакцією статті 7, передбачено поділ I групи інвалідності на підгрупи А та Б, а також в категорії дітей з інвалідністю виокремлено категорію дітей з підгрупою А<sup>28</sup>.

Підтвердження того, що стан здоров'я є визначальним під час встановлення груп інвалідності знаходимо, аналізуючи Положення про порядок, умови та

---

<sup>25</sup> Байда Лариса. Звіт про ситуацію із надання реабілітаційних послуг для людей з інвалідністю. / Національна асамблея людей з інвалідністю України, 2013.

<sup>26</sup> Там само.

<sup>27</sup> Там само..

<sup>28</sup> Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні».

критерії встановлення інвалідності, в якому для встановлення групи інвалідності особа має відповідати певним критеріям. Зокрема: «До I групи належать особи з найважчим станом здоров'я, які повністю не здатні до самообслуговування, потребують постійного стороннього нагляду, догляду або допомоги, абсолютно залежні від інших осіб у виконанні життєво важливих соціально-побутових функцій або які частково здатні до виконання окремих елементів самообслуговування»<sup>29</sup>.

Щодо встановлення інших груп інвалідності також передбачено аналогічні критерії. Відмінність полягає лише у ступені таких обмежень. Незрозумілим видається один із критеріїв для встановлення II групи інвалідності: «II група інвалідності встановлюється учням, студентам вищих навчальних закладів I-IV рівня акредитації денної форми навчання, що вперше здобувають відповідний освітньо-кваліфікаційний рівень освіти, у разі наявності в них ознак інвалідності на період їх навчання. Після закінчення навчального закладу видається довідка про придатність їх до роботи у результаті набуття професії»<sup>30</sup>.

Отже, судячи із вищезазначеного Порядку, критеріями для визначення групи інвалідності є стійкі порушення функцій організму - значно вираженої важкості (I група інвалідності), вираженої важкості (II група) та помірної важкості (III група)<sup>31</sup>.

Важливим при визначенні групи інвалідності, відповідно до вищезазначеного Порядку, є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє обмеження однієї чи декількох категорій життєдіяльності (самообслуговування, пересування, спілкування, контроль за своєю поведінкою, навчання, праця). Отже, передбачено 3 ступені обмеження життєдіяльності: значний III ступінь, виражений II ступінь, помірно виражений I ступінь<sup>32</sup>.

Спроба визначити ступінь втрати різних критеріїв життєдіяльності є прогресивним кроком, однак практика застосування засвідчує, що працівниками МСЕК вищезазначені вимоги трактуються таким чином, що в особи, наприклад, I групи всі критерії життєдіяльності мають відповідати III значному ступеню, хоча в Порядку мова йде про один або декілька критеріїв. Прикладом може бути ситуація, коли людині лише із порушеннями зору, що має I групу інвалідності, встановлюють III значний ступінь в частині самоконтролю чи спілкування, що взагалі не стосується цієї категорії осіб<sup>33</sup>. Вищезазначені вимоги щодо ступенів обмеження життєдіяльності та параметри їх оцінки деталізовані в Інструкції про встановлення груп інвалідності<sup>34</sup>. Використання в роботі Інструкції дозволило б не припускати помилок під час визначення сфер життєдіяльності, в яких у

---

<sup>29</sup> Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 03.05.2009 № 1317 «Питання медико-соціальної експертизи» // <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1317-2009-%D0%BF/page>

<sup>30</sup> Там само.

<sup>31</sup> Там само.

<sup>32</sup> Там само.

<sup>33</sup> Петров Денис. Повірити в себе. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://old.gazeta.dt.ua/SOCIETY/poviriti\\_v\\_sebe.html](http://old.gazeta.dt.ua/SOCIETY/poviriti_v_sebe.html)

<sup>34</sup> Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05.09.2011 № 561 «Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності» // <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1295-11>

людини є певні обмеження.

Такі ситуації, а також ситуації із неналежним заповненням ІПР, в першу чергу, пов'язані із недостатньою кількістю працівників МСЕК. У 2016 році в Україні функціонували 361 МСЕК, з них 49 обласних та центральних міських і 312 міжрайонних МСЕК. Станом на 01.01.2017 року в мережі МСЕК працюють 1386 лікарів<sup>35</sup>. Очевидно, що такої кількості фахівців для встановлення груп інвалідності та підготовки ІПР для фактично 3 млн. осіб з інвалідністю, особливо враховуючи той факт, що кожні 2 роки вона має переглядатись, є недостатнім.

Кардинальне оновлення роботи МСЕК має стати частиною реформування системи реабілітації, адже сьогодні людина з інвалідністю може розраховувати лише на отримання тих реабілітаційних послуг, які передбачені її ІПР, яку, відповідно до статті 23 Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні», розробляє МСЕК для повнолітніх осіб з інвалідністю та ЛКК для дітей з інвалідністю. На ці органи покладається функція визначення конкретних обсягів, методів і термінів проведення реабілітаційних заходів, які повинні бути здійснені щодо дітей та дорослих осіб з інвалідністю<sup>36</sup>.

Відповідно до Державної типової програми реабілітації інвалідів<sup>37</sup> можуть здійснюватися такі види реабілітаційних заходів:

- 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 поліпшать 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 прийомів і методів 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

<sup>35</sup> Професор А. В. Іпатов, І. Я. Ханюкова, Н. О. Гондуленко. Аналіз роботи служби Медико-соціальної експертизи та основних показників первинної інвалідності за 2016 рік. // Український вісник медико-соціальної експертизи. – 2017. – № 1(23). – С. 14 – 18.

<sup>36</sup> Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні».

<sup>37</sup> Постанова Кабінету Міністрів України від 08.05.2006 № 1686 «Про затвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів» // <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1686-2006-%D0%BF>

спортивних занять.

Відповідно до статті 23 Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні», ІПР особи з інвалідністю є обов'язковою для виконання органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, реабілітаційними установами, підприємствами, установами, організаціями, в яких працює або перебуває людина з інвалідністю, дитина з інвалідністю, незалежно від їхньої відомчої підпорядкованості, типу й форми власності. Водночас для особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю ІПР має рекомендаційний характер. Особа з інвалідністю (законний представник дитини-інваліда) має право відмовитися від будь-якого виду, форми й обсягу реабілітаційних заходів, передбачених його індивідуальною програмою реабілітації, або від усієї програми в цілому<sup>38</sup>.

В законі передбачено, що особа з інвалідністю (законний представник недієздатної людини, дитини з інвалідністю) бере участь у виборі конкретних технічних та інших засобів реабілітації, виробів медичного призначення, реабілітаційних послуг і санаторно-курортного лікування тощо у межах його ІПР, однак на практиці такого вибору фактично не існує у зв'язку із відсутністю широкого переліку надавачів послуг.

Визначення і фіксація в ІПР особи з інвалідністю потреб щодо здійснення тих чи інших видів реабілітації не означає автоматично, що така реабілітація буде забезпечена для людини з інвалідністю. Це обумовлено тим, що бюджетні кошти на реабілітацію розподіляються між реабілітаційними установами та закладами державної форми власності, а не надаються на виконання ІПР конкретних осіб з інвалідністю.

Першою значною спробою Мінсоцполітики щодо впровадження врахування зовнішніх факторів, що впливають на життя людини з інвалідністю став наказ, яким визначались функціональні можливості осіб з інвалідністю, що потребують забезпечення протезно-ортопедичними виробами<sup>39</sup>. Початковою редакцією цього Наказу було передбачено, що серед критеріїв, застосування яких дозволяє отримати протез нижніх кінцівок кращої функціональної можливості, були такі, як місце роботи, професійне заняття спортом та місце проживання. Так, особа, що надала довідку з місця роботи, матиме можливість отримати протезування кращої функціональної якості на відміну від самозайнятої особи, волонтера чи студента, чи пенсіонера, а протезування особи, що проживає у сільській місцевості відрізнятиметься від протезування мешканця міста<sup>40</sup>.

Такі соціальні показники складно назвати об'єктивними. Зокрема, працевлаштованість особи або її залучення до професійного спорту є змінними категоріями, залежними від наявності в певний момент протезно-ортопедичного виробу належної функціональності.

Врахування різних умов життя людини справді повинно мати значення під час

<sup>38</sup> Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні».

<sup>39</sup> Наказ Міністерства соціальної політики України від 10.01.2015 № 37 «Про затвердження Порядків визначення функціональних можливостей інваліда, дитини-інваліда, іншої особи» // <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0099-15>

<sup>40</sup> Б. Мойса. Права людей з інвалідністю // Доповідь правозахисних організацій «Права людини в Україні» // <https://helsinki.org.ua/publications/zvit-pro-diyalnist-spilky/>

забезпечення протезуванням чи засобами реабілітації, однак необхідно вивчити ситуацію кожної людини та надати виріб, який справді їй потрібен. Наприклад, ставити 2 бали за проживання в сільській місцевості, а 1 за проживання в місті не вбачається об'єктивним критерієм для визначення функціональності протезу, оскільки маленькі міста чи окраїни великих міст можуть мати інфраструктуру не набагато кращу, ніж у сільській місцевості, а села поруч з великими містами часто мають сучасну та зручну інфраструктуру.

На жаль, у новій редакції Наказу від 17.09.2016, не дивлячись на значні зміни, соціальні показники дорівнюють 5 балам, а їх відсутність дорівнює нулю. Отже, за умови відсутності соціальних характеристик і за умови, що всі інші критерії отримають найбільшу кількість балів, людина все одно не зможе мати достатню кількість балів для найвищого IV ступеню, відповідно й отримає протез нижчої функціональності.

У принципі отримати протези кращої функціональності, оскільки протези та ортези підвищеної надійності та функціональності, видаються постраждалим внаслідок АТО та особам з інвалідністю, які працюють, служать, навчаються, – з розрахунку один виріб на три роки, а особам з інвалідністю – з розрахунку один виріб на чотири з половиною роки<sup>41</sup>. Тобто особа зможе отримати протез вищої функціональності, однак з довшим періодом експлуатації.

Схожий підхід визначено й в Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення<sup>42</sup>, де, наприклад, в частині 10 зазначено, що на підставі висновку МСЕК щодо інвалідності по зору забезпечуються диктофонами особи з інвалідністю I та II групи по зору з-поміж числа студентів та слухачів навчальних закладів I-IV рівня акредитації, осіб, які працюють на посадах керівників та їхніх заступників, а також юристів, журналістів, педагогів. Інші спеціалісти можуть бути забезпечені диктофонами за наявності такого висновку та рішення комісії, утвореної органами соціального захисту, до складу якої входить представник громадської організації осіб з інвалідністю по зору.

Водночас, нерівне поводження спостерігається і в ресурсному забезпеченні окремих категорій людей з інвалідністю. Так, впродовж 2014-2015 рр. особи з інвалідністю по зору не отримали жодного засобу реабілітації<sup>43</sup>. Крім того, зволікання із проведенням організаційних процедур в окремих відомствах призводить до суттєвої затримки з отримання таких засобів. Останній приклад пов'язаний із тривалим зволіканням забезпечення протезування, в тому числі учасників АТО<sup>44</sup>.

---

<sup>41</sup> Постанова Кабінету міністрів України від 05.04.2012 № 321 «Про затвердження Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення, переліку таких засобів» // <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/321-2012-%D0%BF>

<sup>42</sup> Постанова Кабінету міністрів України від 05.04.2012 № 321 «Про затвердження Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення, переліку таких засобів» // <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/321-2012-%D0%BF>

<sup>43</sup> Життя без бар'єрів. Незрячі люди нуждаються в піддержку государства. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://izvestia.kharkov.ua/tv-proekty/hi/1911/1199571.print>

<sup>44</sup> За інформацією оприлюдненою під час засідання Ради у справах осіб з інвалідністю при Кабінеті Міністрів України.

Виглядає трохи заплутаним та потребує уніфікації порядок забезпечення осіб з інвалідністю технічними засобами реабілітації, адже, відповідно до Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення<sup>45</sup>, частиною засобів реабілітації особи з інвалідністю забезпечуються відповідно до висновку МСЕК про інвалідність, а частина – відповідно до рекомендацій зазначених в ІПР. Так, відповідно до частини 8 Порядку, підставою для забезпечення осіб з інвалідністю по слуху та дітей з інвалідністю по слуху мобільними телефонами є висновок відповідно МСЕК або ЛКК, що підтверджує інвалідність по слуху. Аналогічна норма міститься в частині 9 Порядку, де зазначено, що підставою для забезпечення осіб з інвалідністю по зору та дітей з інвалідністю по зору електронними годинниками і тактильними тростинами, є висновок відповідно до МСЕК або ЛКК, що підтверджує інвалідність по зору<sup>46</sup>. Такий підхід справді засвідчує, що відсутнє будь-яке вивчення реальних потреб осіб з інвалідністю в необхідності вищезазначених засобів реабілітації.

Цього року Мінсоцполітики затвердило Порядок призначення технічних засобів реабілітації відповідно до функціональних можливостей особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, постраждалого внаслідок антитерористичної операції<sup>47</sup>, згідно з яким встановлюється механізм призначення технічних засобів реабілітації відповідно до функціональних можливостей людини. Зокрема, цим Порядком передбачено близько 10 видів крісел колісних, для яких встановлюються обов'язкові функції, обов'язкове оснащення, додаткове спеціальне оснащення залежно від індивідуальних потреб користувача, його побажань щодо опцій, а також рекомендацій і протипоказань стосовно його призначення. Так, серед різних критеріїв щодо стану здоров'я та можливості керувати кріслом колісним самостійно чи за допомогою сторонніх осіб розглядається критерій кількості годин, які особа планує проводити в кріслі колісному протягом дня. Також серед рекомендацій для призначення активного крісла є такі пункти:

- користувач потребує частого транспортування крісла колісного (працює, навчається, їздить громадським або власним транспортом);
- користувач займається спортом на кріслі колісному;
- користувач проживає в багатоповерховому будинку, в якому відсутній ліфт, або користується сходами;
- користувач перебуває у трудових відносинах, зареєстрований як фізична особа - підприємець, провадить незалежну професійну діяльність, навчається, служить, займає виборну посаду<sup>48</sup>.

Не менш складною є й процедура отримання технічних засобів для

---

<sup>45</sup> Постанова Кабінету міністрів України від 05.04.2012 № 321 «Про затвердження Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення, переліку таких засобів» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/321-2012-%D0%BF>

<sup>46</sup> Там само.

<sup>47</sup> Наказ Міністерства соціальної політики України від 11.04.2017 № 602 «Про затвердження Порядку призначення технічних засобів реабілітації відповідно до функціональних можливостей особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю, постраждалого внаслідок антитерористичної операції». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0570-17/page>

<sup>48</sup> Там само.

якнайбільшої компенсації функцій ушкоджених органів, що отримуються через систему органів охорони здоров'я, передбачених Порядком забезпечення інвалідів і дітей-інвалідів технічними та іншими засобами<sup>49</sup>. Відповідно до цього Порядку особи з інвалідністю мають право отримати слухові апарати, сечоприймачі чоловічі та жіночі, високопоглинальні прокладки для жінок, які страждають нетриманням сечі, калоприймачі, підгузки, а також технічні засоби з мовним виводом: глюкометри, термометри та тонометри, також передбачені різноманітні засоби для забезпечення осіб в умовах стаціонару. Тип технічного засобу визначає лікар, після чого людина з інвалідністю направляється на МСЕК (або ЛКК) у встановленому порядку з метою внесення відповідних даних до ІПР. Найбільшим недоліком цього Порядку є те, що забезпечення технічними засобами здійснюється на підставі медичного висновку за рахунок та в межах коштів державного та місцевих бюджетів, передбачених на зазначену мету. Отже, якщо кошти на цю ціль у бюджеті непередбачені, то й не буде відповідного забезпечення<sup>50</sup>.

Відповідно до офіційної інформації, у 2016 році на забезпечення окремих категорій населення технічними та іншими засобами реабілітації затверджено видатки в сумі 1047,2 млн. грн, що на 141,1 млн. гривень більше ніж у попередньому році<sup>51</sup>.

На зазначені видатки було виготовлено та видано 601,6 тис. одиниць технічних та інших засобів реабілітації. Зокрема за групами виробів:

- протезно-ортопедичні вироби – 168,1 тис. одиниць;
- ортопедичне взуття – 196,2 тис. одиниць;
- протези молочної залози – 147,1 тис. одиниць;
- засоби пересування – 20,9 тис. одиниць;
- засоби реабілітації – 52,9 тис. одиниць;
- ремонт технічних засобів реабілітації – 4,8 тис. одиниць;
- спеціальні засоби для спілкування та обміну інформацією – 11,6 тис.

одиниць<sup>52</sup>.

На жаль, вищезитовані показники, не зважаючи на всю оптимістичність, все ж не дають відповідь на запитання щодо належного забезпечення засобами реабілітації та засобами медичного призначення у відповідності із потребою. Крім того, відкритим залишається і якість окремих допоміжних засобів.

Позитивними можна вважати внесені у 2015 році зміни до Типового положення про центр соціальної реабілітації дітей-інвалідів<sup>53</sup>. Зокрема, окрім дітей-інвалідів послуги в центрах реабілітації зможуть отримати й діти віком до 2 років, які мають ризик отримати інвалідність.

---

<sup>49</sup> Постанова Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 № 1301 «Про затвердження Порядку забезпечення інвалідів і дітей-інвалідів технічними та іншими засобами» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1301-2009-%D0%BF>

<sup>50</sup> Там само.

<sup>51</sup> Соціальний звіт за 2016 рік.

<sup>52</sup> Там само.

<sup>53</sup> Наказ Міністерства соціальної політики України від 24.06.2015 № 653 «Про затвердження Змін до Типового положення про центр соціальної реабілітації дітей-інвалідів» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0814-15>

Водночас проблемою залишається отримання реабілітаційних послуг якнайближче до місця проживання. Вище йшлося про інфраструктуру реабілітаційних установ, яку не можна вважати сприятливою.

Як і раніше складною залишається ситуація із реабілітацією осіб з інтелектуальними та психосоціальними порушеннями. Лише із затвердженням нових редакцій Типових положень зможуть розраховувати на реабілітаційні послуги особи, які перебувають в інтернатних закладах. Однак треба зауважити, що послуги за місцем проживання є вкрай фрагментарними та надаються переважно лише організаціями, що працюють в інтересах осіб з інвалідністю<sup>54</sup>.

Важливим кроком стало затвердження Плану заходів з реалізації у 2017-2020 роках пілотного проекту «Створення системи надання послуг раннього втручання» для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров'я та життя. Основна ідея полягає в розробці на базі чинних закладів Львівської, Харківської, Закарпатської та Одеської областей системи надання відповідних послуг. Наприкінці реалізації проекту планується розробити та затвердити загальні засади та стандарти надання послуг раннього втручання; порядок взаємодії закладів, що надають такі послуги; положення про центр (відділення, кабінет) надання послуг раннього втручання, форми документів; порядок раннього виявлення (скринінгу) в дітей відставання та порушення розвитку; штатних нормативів та кваліфікаційних характеристик спеціалістів (фахівців) для надання цих послуг; вартості та джерел фінансування тощо<sup>55</sup>. Лише за результатами щорічного звітування виконавцями пілотного проекту можна буде зробити висновки щодо ефективності його реалізації<sup>56</sup>.

Позитивним можна вважати внесення до класифікатора професій посад «лікар фізичної реабілітації», «фізичний терапевт», «ерготерапевт». Забезпечення відповідної підготовки та функціонування зазначених фахівців можна розцінювати як ознаку формування нової реабілітаційної системи<sup>57</sup>.

Отже, аналіз вищезазначених нормативно-правових актів щодо забезпечення осіб з інвалідністю та інших категорій осіб засобами реабілітації засвідчує певні спроби поліпшення цієї ситуації. Однак, на жаль, відсутність системності та індивідуального підходу не дозволяє докорінно змінити систему і забезпечити людей з інвалідністю засобами, що відповідають їхнім потребам та дозволять вести максимально незалежний спосіб життя.

---

<sup>54</sup> «Права осіб із проблемами психічного здоров'я: відповідність національного законодавства міжнародним стандартам. Контекст дотримання прав людини у психоневрологічних інтернатах». Аналітичний звіт Української Гельсінської спілки з прав людини / Р. Е. Імереллі, Р. І. Кравченко, Б. С. Мойса / Українська Гельсінська спілка з прав людини. – Київ, КВІЦ, 2015. – 40 с.,

<sup>55</sup> Л. Фурсова. Права людей з інвалідністю. // Річна доповідь правозахисних організацій «Права людини в Україні – 2016» // <https://helsinki.org.ua/publications/prava-lyudyny-v-ukrajini-2016/>

<sup>56</sup> Розпорядження Кабінету Міністрів України від 14 грудня 2016 р. № 948-р «Деякі питання реалізації пілотного проекту «Створення системи надання послуг раннього втручання» для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров'я та життя» // <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/948-2016-%D1%80>

<sup>57</sup> Там само.

### 3. Міжнародний досвід організації системи реабілітації осіб з інвалідністю

Сучасна система реабілітації базується на соціальній та правозахисній моделі інвалідності, визначеній Конвенцією ООН про права осіб з інвалідністю та МКФ, прийнятій ВООЗ у 2001 році. Україна, приєднавшись до Конвенції, взяла на себе зобов'язання імплементувати її підходи. Водночас МОЗ нашої країни задекларовано запровадження в практику системи охорони здоров'я та реабілітації МКФ<sup>58</sup>.

Конвенція про права осіб з інвалідністю визначила інвалідність як поняття, яке еволюціонує та є результатом взаємодії, яка відбувається між людьми, що мають порушення здоров'я, і соціальними та середовищними бар'єрами і яка заважає їхній повній та ефективній участі в житті суспільства нарівні з іншими<sup>59</sup>.

Стаття 26 цього міжнародного договору безпосередньо стосується абілітації й реабілітації:

1. Держави-учасниці вживають, зокрема за підтримки з боку інших осіб з інвалідністю, ефективних і належних заходів, для того щоб надати особам з інвалідністю можливість для досягнення й збереження максимальної незалежності, повних фізичних, розумових, соціальних та професійних здібностей і повного включення й залучення до всіх аспектів життя. З цією метою держави-учасниці організовують, зміцнюють та розширюють комплексні абілітаційні та реабілітаційні послуги й програми, особливо у сфері охорони здоров'я, зайнятості, освіти й соціального обслуговування таким чином, щоб ці послуги та програми:

а) починали реалізуватися якомога раніше й ґрунтувалися на багатопрофільній оцінці потреб і сильних сторін індивіда;

б) сприяли залученню та включенню до місцевої спільноти й до всіх аспектів життя суспільства, мали добровільний характер і були доступними для осіб з інвалідністю якомога ближче до місць їхнього безпосереднього проживання, зокрема в сільських районах.

2. Держави-учасниці заохочують розвиток початкового й подальшого навчання спеціалістів і персоналу, які працюють у сфері абілітаційних і реабілітаційних послуг.

3. Держави-учасниці заохочують наявність, знання та використання допоміжних пристроїв і технологій, що стосуються абілітації й реабілітації, та призначені для осіб з інвалідністю<sup>60</sup>. Таким чином, ключовими складовими системи реабілітації повинні бути:

- багатопрофільна оцінка потреб особи з інвалідністю;

- спрямування послуг із реабілітації та абілітації на якнайбільшу незалежність та включення особи з інвалідністю до усіх сфер життя суспільства, зокрема і в питаннях допоміжних та інших засобів;

<sup>58</sup> МОЗ впроваджує в систему реабілітації міжнародну класифікацію функціонування. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre\\_20161219\\_b.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20161219_b.html)

<sup>59</sup> Офіційний переклад Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/995\\_g71](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/995_g71)

<sup>60</sup> Там само.

- добре підготовлений персонал та фахівці сфери реабілітації;
- абілітаційні та реабілітаційні послуги повинні надаватись якнайраніше для особи, яка їх потребує, та якнайближче до місця проживання, зокрема у сільській місцевості.

МКФ, видана ВООЗ у 2001 році, покликана доповнити попередню класифікацію захворювань. Згідно із класифікацією, система охорони здоров'я та реабілітації, готуючи оцінку, зокрема потреб особи із порушеннями здоров'я керується не лише станом захворювання, але й зовнішніми чинниками, як – то: середовищними перешкодами; соціальним становищем та інше<sup>61</sup>. Таким чином, МКФ покликане поєднати медичне та соціальне визначення інвалідності. Крім того, ВООЗ започаткувала міжнародну програму «Реабілітація на рівні громади», серед напрямів якої: охорона здоров'я, освіта, самозабезпечення, соціальні питання та просування прав та можливостей<sup>62</sup>.

У країнах Європейського Союзу система реабілітації передбачає отримання людьми з інвалідністю послуг за місцем проживання в рамках звичайних соціальних служб і служб охорони здоров'я.

Медико-соціальна реабілітація людей з інвалідністю здійснюється як у спеціалізованих реабілітаційних клініках, стаціонарних реабілітаційних центрах, так і в амбулаторних умовах, у денних установах та вдома. Передбачено організацію як спеціалізованих (медичних, оздоровчих, професійних), так і комплексних центрів реабілітації (Німеччина, Велика Британія, Данія). До того ж спостерігається тенденція у переорієнтації проведення медико-соціальної реабілітації людей з інвалідністю зі стаціонарних форм на амбулаторні, денні установи та реабілітацію вдома, незважаючи на високу витратність реабілітаційних послуг та великі вимоги до персоналу (Німеччина, Велика Британія, Данія, Ірландія, Франція). Перехід на здійснення медичної реабілітації вдома або в умовах денного відвідування медичних установ передбачає підвищення ефективності реабілітаційних заходів<sup>63</sup>.

Так, у Данії поширено денні лікувально-профілактичні заклади для дітей з інвалідністю. Досвід цієї країни показує, що перебування саме у таких установах ефективніше, ніж лікування в амбулаторних умовах. Але в разі тяжких захворювань або травм медична реабілітація здійснюється у клінічних стаціонарних умовах, а потім в оздоровчих центрах<sup>64</sup>.

Одночасно з проведенням політики деінституалізації реабілітаційної підтримки у країнах ЄС відбувається скорочення ролі урядів та інших державних органів у реабілітаційній діяльності. Основними її учасниками стають здебільшого реабілітаційні організації приватного сектора та люди з інвалідністю. Це сприяє орієнтації реабілітаційного процесу не на наявний асортимент необхідних

<sup>61</sup> Международная классификация функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья: МКФ. ВООЗ, 2001. – 345 с.

<sup>62</sup> «Реабілітація на рівні громади». ВООЗ. – 2010.

<sup>63</sup> Гаврюшенко Г. Коропець П. Досвід країн ЄС у питаннях реабілітації інвалідів. // Соціальна політика: проблеми, коментарі, відповіді. – 2009. – Липень № 7. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.dcz.gov.ua/dnp/control/uk/publish/article?art\\_id=12832](http://www.dcz.gov.ua/dnp/control/uk/publish/article?art_id=12832)

<sup>64</sup> Там само.

товарів і послуг, а на потреби кожної конкретної особи<sup>65</sup>.

Наприклад, у таких країнах, як Німеччина, Велика Британія, Бельгія, медичні реабілітаційні установи є недержавними та працюють в умовах жорсткої конкуренції. У Франції медична реабілітація проводиться як у спеціалізованих державних, муніципальних або приватних лікарнях, так і вдома. В Ірландії послуги медичної реабілітації та догляду за людьми з інвалідністю надають як державні, так і недержавні заклади на основі державного замовлення. Вільна конкуренція таких закладів сприяє поліпшенню якості медико-соціальної реабілітації<sup>66</sup>.

У деяких країнах ЄС на законодавчому рівні визначено роль місцевих громад та добровільних організацій у проведенні реабілітаційних заходів. Так, у Франції з 1986 року на місцевому рівні створюються служби медичної діяльності та центри соціальних акцій, які сприяють незалежності людей з інвалідністю у громаді, координують діяльність реабілітаційних установ незалежно від їхніх форм власності (державні, приватні, муніципальні). У Фінляндії відповідають за організацію забезпечення реабілітації людей із фізичними або ментальними порушеннями здоров'я насамперед комуни (громади). В Ірландії широку участь у проведенні реабілітаційних заходів беруть добровільні організації, зокрема у реалізації програм реабілітації осіб із психосоціальними порушеннями. Тут функціонують центри незалежного життя, в яких навчають самостійності. До речі, фахівці цих добровільних організацій мають відповідні професійні сертифікати<sup>67</sup>.

Фінансове забезпечення медичної реабілітації людей з інвалідністю в країнах ЄС переважно здійснюється коштом медичного та соціального страхування. У Данії всі видатки на реабілітацію людей з інвалідністю бере на себе держава<sup>68</sup>.

У Німеччині та Франції особа має право вибору установ і засобів реабілітації та транспортних засобів, і передбачено можливість їх надання не в натуральній формі, а як цільову грошову допомогу. Її можна витратити на свій розсуд<sup>69</sup>.

У країнах ЄС велика увага також приділяється інформаційному забезпеченню системи реабілітації. Так, у Німеччині на замовлення Федерального міністерства праці та соціальних справ створена та експлуатується протягом останніх 10 років інформаційно-довідкова система Rehadat, яка містить 10 банків даних з питань, що стосуються медико-соціальної реабілітації. Розроблені та постійно оновлюються банки даних щодо спеціалізованих медичних реабілітаційних центрів, технічних засобів реабілітації, підприємств, які застосовують працю людей з інвалідністю, спеціальних майстерень для осіб із глибокими порушеннями здоров'я та щодо спеціального облаштування робочих місць, реабілітаційних фондів, організацій, установ, сервісних служб, наукових розробок та навчальних семінарів у цій сфері. Ця система безкоштовно надає через інтернет необхідну інформацію людям з інвалідністю, лікарям, усім працівникам у сфері медико-соціальної реабілітації<sup>70</sup>.

---

<sup>65</sup> Там само.

<sup>66</sup> Там само.

<sup>67</sup> Там само.

<sup>68</sup> Там само.

<sup>69</sup> Там само.

<sup>70</sup> Там само.

Професійна реабілітація в країнах ЄС спрямована на розвиток і максимізацію професійного потенціалу людей з інвалідністю, незалежно від рівня обмежень та ступеня порушення здоров'я. Наприклад, у Франції різні аспекти питання професійної реабілітації людей з інвалідністю відображено в семи законах, які регламентують комплексність медико-соціальної реабілітації, включення до її складу якісної підготовки та перенавчання з урахуванням фізіологічних можливостей організму, організацію працевлаштування особи<sup>71</sup>.

У **Великій Британії**, зокрема **Англії**, інвалідність трактується через поняття рівності та недискримінації. Сполучене королівство взяло на себе зобов'язання вивести систему послуг на такий рівень незалежності осіб з інвалідністю, наскільки це можливо. Національне законодавство передбачає безоплатність послуг з охорони здоров'я: «Послуги надаються у зв'язку із потребою, а не можливістю платити»<sup>72</sup>.

Вартість допоміжних засобів, які коштують менш ніж 1000 фунтів, теж покривається з бюджету місцевого органу влади. Раніше Уряд Англії здійснював проект «Трансформовані послуги та обладнання у громаді», який передбачав надання засобів та найпростіших побутових приладів. За новою моделлю місцеві соціальні або медичні органи виписують ваучер на придбання простого допоміжного засобу, який особа може обміняти. Водночас, особа з інвалідністю може поповнити відповідний ваучер на суму, необхідну для придбання більш складнішого засобу<sup>73</sup>.

Для системи медичної реабілітації Англії підготовлено рекомендації «Трансформація послуг на рівні громади – амбіції, дія, досягнення», призначені для лікарів щодо формування типу послуг для якнайбільшої самостійності особи з інвалідністю. Ці рекомендації підкреслюють важливість міждисциплінарних та міжвідомчих груп для надання безпосередніх послуг особі на рівні громади<sup>74</sup>.

Національний інститут охорони здоров'я та клінічної майстерності відповідає за формування навчальних посібників, зокрема і реабілітації після перенесеного захворювання<sup>75</sup>.

**Швеція** визначає поняття щодо осіб з інвалідністю керуючись МКФ. Однак існують різні контекстуальні визначення інвалідності у національному законодавстві: недискримінаційному, соціальному та сфери будівництва<sup>76</sup>.

Законодавство країни передбачає відповідальність основного фахівця сфери здоров'я за надання особі реабілітації, допомоги та допоміжних технологій, що сприятимуть поліпшенню її можливостей. Водночас особа з порушеннями здоров'я бере на себе відповідальність за здійснення абілітаційного /

---

<sup>71</sup> Там само.

<sup>72</sup> Initial report of States parties due in 2011. United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland. – С. 42. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fGBR%2f1&Lang=ru](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fGBR%2f1&Lang=ru)

<sup>73</sup> Там само.

<sup>74</sup> Там само.

<sup>75</sup> Там само.

<sup>76</sup> Initial reports submitted by States parties under article 35 of the Convention Sweden. (7 February 2011). – P. 4. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fSWE%2f1&Lang=en](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fSWE%2f1&Lang=en)

реабілітаційного процесу та за потреби може розраховувати на допомогу інших фахівців медичної чи соціальної сфери<sup>77</sup>.

Фінансування допоміжних технологій передбачено Законом про послуги у сфері здоров'я. Надання засобів залежить від особливостей засобу: для використання вдома або зовні, як-то у школі; для щоденного використання або для допомоги чи лікування. За це відповідають керівники медичних закладів через муніципальні ради. Тарифікація відрізняється в залежності від округу. Особа повинна мати можливість вільно обирати потрібний їй засіб. Допоміжні засоби перевіряються та замовляються медичними центрами первинних послуг охорони здоров'я, клініками та спеціалізованими медичними центрами, як-то: слуху, зору, ортопедії, інше. Перевірка та оцінка допоміжних засобів здійснюється за рахунок державних коштів. Шведський інститут допоміжних технологій залучається до проведення відповідних досліджень щодо розвитку нових технологій та засобів для людей з інвалідністю. Крім того, інститут проводить навчання навичок користування та здійснює міжнародне співробітництво в частині допоміжних технологій<sup>78</sup>.

У законодавстві **Чеської Республіки** відсутнє уніфіковане визначення інвалідності та особи з інвалідністю. Ці визначення вживаються залежно від контексту в антидискримінаційному законодавстві щодо рівності прав. Законодавство про працю апелює до визначення ступеня втрати працездатності (перший, другий, третій). Для цілей соціального законодавства інвалідність означає такі порушення: фізичні, сенсорні, ментальні, мовні, навчальні та поведінкові<sup>79</sup>.

Люди з інвалідністю є невід'ємною частиною національної системи страхової медицини, яка в майбутньому має використовувати інструменти, які б зменшували залежність від медичного втручання та посилювали би його ефективність та результативність. Розвиватиметься не лише раннє втручання, подальше медичне обслуговування та інтеграція допомоги в системі медичних та соціальних послуг, але й підтримуватиметься заходи попередньої реабілітації та терапевтичні заходи для людей з інвалідністю та осіб із хронічними захворюваннями. Передбачається й вторинне втручання через політику дотацій таким особам на подальше навчання. Передбачається, що це дозволить зекономити державні ресурси<sup>80</sup>. Щороку, Міністерство охорони здоров'я Чехії оголошує грантові програми для організацій осіб з інвалідністю та хронічно хворих осіб із тематики навчання користувачів медичної допомоги серед зазначених груп<sup>81</sup>.

Стосовно ж послуг для осіб із ментальними порушеннями здоров'я, уряд країни зосереджує увагу на створенні центрів у громадах, де б такі особи могли

---

<sup>77</sup> Там само.

<sup>78</sup> Там само.

<sup>79</sup> Initial report of States parties due in 2011. Czech Republic. – С. 58. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fCZE%2f1&Lang=ru](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fCZE%2f1&Lang=ru)

<sup>80</sup> Там само.

<sup>81</sup> Там само.

б отримувати послуги<sup>82</sup>.

Чеське законодавство про охорону здоров'я передбачає, що пацієнта мусять інформувати про всі доступні медичні та соціальні послуги, які можуть поліпшити його стан здоров'я, зокрема медична, соціальна та трудова реабілітація. Послуги із соціальної та медичної реабілітації, спрямовані на, набуття навичок самообслуговування та максимальної незалежності, надаються різними недержавними провайдерами, серед яких організації людей з інвалідністю, медичні інституції. Послуги надаються як в амбулаторних умовах, так і за місцем проживання особи<sup>83</sup>.

Складові соціальної реабілітації визначаються Законом України "Про соціальні послуги". Ці послуги включають: тренінги із навичок самодопомоги; навчання навичкам незалежності та діям щодо соціальної інклюзії; посередництво в контактах із соціальним середовищем; освітня і заохочувальна діяльність; допомога в реалізації прав. Додатково центри соціальної реабілітації надають послуги із консультування, особистої гігієни, харчування та побутової допомоги. Фінансуються послуги за рахунок субсидій із організацій Міністерства соціальної політики. Для користувачів базова соціальна реабілітація є безкоштовною. Оплачуються лише видатки, пов'язані із проживанням, харчуванням та допомогою в особистій гігієні<sup>84</sup>. Допоміжні засоби одноразово можна придбати за рахунок муніципалітетів. Видатки на їх придбання перебувають за межами медичної системи допомоги<sup>85</sup>.

Інвалідність у **Республіці Польща** визначається як неможливість виконувати соціальні функції через порушення здоров'я. Для визначення інвалідності враховуються фізичні, психічні та соціальні можливості функціонування організму особи. Оцінку проводить комісія, на рівні повіту, яку сформовано із лікаря та іншого фахівця, яким може бути психолог, соціальний робітник, консультант із супроводу в працевлаштуванні, педагог або інший лікар. У документах стосовно інвалідності зазначаються рекомендації щодо зайнятості, працевлаштування на спеціальних підприємствах для осіб з інвалідністю, професійного навчання, участі у програмах працетерапії, надання протезно-ортопедичних засобів, допоміжних або інших технічних засобів. Важливим компонентом рекомендації є отримання допомоги на місцевому рівні – соціальна допомога, особистий догляд, лікувально-реабілітаційні послуги. Крім того, надаються рекомендації щодо постійного або тривалого догляду чи сторонньої допомоги. Ці рекомендації слугують обґрунтуванням для отримання соціальної допомоги в грошовій та / або натуральній формі, передбаченій для осіб з інвалідністю<sup>86</sup>.

<sup>82</sup> «Права осіб із проблемами психічного здоров'я. Дотримання прав людини у психіатричних лікарнях». Аналітичний звіт Української Гельсінської спілки з прав людини / Р. Е. Імереллі, К. П. Казачинська, Б. С. Мойса, С. С. Шум / Українська Гельсінська спілка з прав людини. – К.: КИТ, 2016. – 34 с. з іл.

<sup>83</sup> Там само.

<sup>84</sup> Там само.

<sup>85</sup> Initial report of States parties due in 2011. Czech Republic. – С. 60 – 62. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fCZE%2f1&Lang=ru](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fCZE%2f1&Lang=ru)

<sup>86</sup> Первоначальный доклад государства-участника об исполнении Конвенции о правах инвалидов. Республика Польша. 20114. – С. 5 – 6. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fGBR%2f1&Lang=ru](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fGBR%2f1&Lang=ru) [http://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fPOL%2f1&Lang=ru](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fPOL%2f1&Lang=ru)

Послуги із догляду за особами з інвалідністю можуть включати: засвоєння та розвиток навичок повсякденного самостійного життя; фізичну реабілітацію та відновлення функцій організму. Допоміжні засоби, такі як інвалідні візки, пристрої для руху та підйомники, можна придбати, зокрема, коштом Державного фонду реабілітації осіб з інвалідністю. Той же Фонд може сплатити до 95% вартості навчання комунікації, зокрема жестової мови для особи з інвалідністю. Крім того, від Фонду можна отримати засоби на часткове покриття витрат на перекладача жестової мови або перекладача-супровідника<sup>87</sup>.

До видатків, передбачених у системі медичного страхування, включено питання догляду за особами з інвалідністю, надання медичних засобів, допоміжних засобів. До слова, класифікацію відповідних засобів подано в Польському стандарті PN-EN ISO 9999:2011 «Допоміжні засоби для осіб з інвалідністю». Крім того, за фінансування Міністерства охорони здоров'я особи з інвалідністю надаються амбулаторні послуги за місцем проживання. Водночас питання інвалідності включено до програм вищої освіти підготовки лікарів та програм підготовки іншого медичного персоналу<sup>88</sup>.

Актом Міністерства охорони здоров'я визначається порядок отримання та гарантується перелік послуг медичної реабілітації: амбулаторна реабілітаційна допомога; амбулаторна фізіотерапія, медичні консультації вдома; фізіотерапія вдома; реабілітація. Надання окремих послуг вдома суттєво поліпшує доступ до послуг мешканцям сільської місцевості. За кошти Державного фонду реабілітації інвалідів можуть бути профінансовані заходи, зокрема і для недержавних надавачів, які стосуються реабілітації, навчання для осіб з інвалідністю та їх сімей. Крім того, функції із соціальної та професійної реабілітації забезпечують органи державної влади та місцевого самоврядування. До слова, кошти на забезпечення діяльності реабілітаційних служб можуть виділятися через фонд вирівнювання. Також існує фінансове заохочення, яке полягає в податкових пільгах, у разі видатків на реабілітацію, які несе особа з інвалідністю<sup>89</sup>.

Держава Ізраїль, визначаючи термін особи з інвалідністю, виходить зі стійких довготривалих порушень здоров'я, які перешкоджають участі в суспільному житті. Водночас у спеціальних правових актах можуть використовуватись інші контекстуальні визначення<sup>90</sup>.

У страховій медицині країни наявні можливості фінансової підтримки для оплати страхових внесків для осіб з інвалідністю. Ба більше розмір внеску не має наслідком різницю в наданні послуг. Щорічне обстеження за відповідними стандартами дозволяє виявляти порушення здоров'я на ранньому етапі. Огляд проводиться у лікарнях, центрах матері та дитини<sup>91</sup>.

Урядом фінансується широкий спектр послуг стосовно реабілітації та

---

<sup>87</sup> Там само.

<sup>88</sup> Там само.

<sup>89</sup> Там само.

<sup>90</sup> Initial Report Concerning The implementation of The Convention of the Rights of Persons with disabilities. State of Israel. 2017. – С. 3. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fISR%2f1&Lang=ru](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fISR%2f1&Lang=ru)

<sup>91</sup> Там само.

абілітації через Міністерство охорони здоров'я, оборони та інститут страхування. Ці послуги спрямовані на досягнення максимальної незалежності особи. Такі послуги надаються в громадах, мають добровільний характер та враховують побажання користувачів. Вживаються заходи щодо інформування про послуги із реабілітації, які здійснює Національний інститут страхування. Реабілітаційний відділ цього інституту здійснює й підготовку та підвищення кваліфікації фахівців реабілітаційних установ. Щорічно проводяться навчальні програми, зокрема з урахуванням відгуків від координаторів реабілітаційної роботи<sup>92</sup>.

Міністерство охорони здоров'я відповідальне за сприяння в забезпеченні допоміжних засобів. Витрати на такі засоби (зокрема для осіб із порушеннями руху – візки, моторизовані візки, спеціальне взуття, тростини) покриваються власними внесками особи та державними коштами. Причому, уряд поступово зменшує частку особистого внеску особи. Певна фінансова підтримка надається й для придбання автомобілів та витрат пов'язаних із їх експлуатацією<sup>93</sup>.

Реабілітаційні послуги та допоміжні засоби надаються й через Міністерство оборони для осіб, що набули інвалідність внаслідок бойових дій. Спектр допоміжних засобів є достатньо широким. Такі засоби надаються безкоштовно<sup>94</sup>.

Характерною особливістю міжнародної практики надання реабілітаційних послуг є функціонування системи охорони здоров'я та соціальної підтримки. У більшості окреслених країн, реабілітаційні послуги включені у систему медичного страхування із відповідними формами відшкодування. Отримання ж послуг поступово зосереджується ближче до місць проживання осіб з порушеннями здоров'я. Щодо допоміжних засобів, то їх забезпечення теж відрізняється: від часткового відшкодування вартості до забезпечення за коштами держави або місцевих органів.

---

<sup>92</sup> Там само.

<sup>93</sup> Там само.

<sup>94</sup> Там само.

#### 4. Аналіз стейкхолдерів та їхнього впливу на проблему

Рівень готовності ключових інституцій та груп інтересів до формування нового порядку денного системи реабілітації є неоднаковим. Проте на характер цих змін можуть вплинути інші сфери реформування, зокрема децентралізація, а з нею сфера охорони здоров'я та соціальних послуг.

*Мінсоцполітики.* Адміністративна підтримка нововведень супроводжуватиметься певними викликами. Як видно з аналізу впровадження Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю, Мінсоцполітики не поспішає запроваджувати деінституалізацію в наданні послуг для осіб з інвалідністю. Непомітно особливих зрушень і в питанні забезпечення компенсації або зміни порядку отримання допоміжних засобів, на що вказують окремі категорії осіб з інвалідністю. Водночас оптимізму може додати підтримуваний міністерством законопроект «Про соціальні послуги», яким передбачаються додаткові альтернативи отримання послуг, зокрема на рівні громади. Очевидно, ухвалення парламентом Закону має в подальшому призвести до уніфікації системи соціальних та реабілітаційних послуг. Зокрема, має бути визначеним перелік реабілітаційних послуг, що надаватимуться на базовому рівні.

*МОЗ.* Зі стриманим оптимізмом можна сприймати повідомлення виконуючої обов'язки Міністра МОЗ та її радників із реабілітації стосовно необхідності запровадження МКФ та побудови нової системи реабілітації<sup>95</sup>, зокрема на засадах оцінки групою фахівців функціональних розладів особи та формування на її основі реабілітаційних послуг згідно з очікуваннями користувача. Проведення реформи охорони здоров'я може посилити можливості реформування, особливо щодо закладення реабілітаційних послуг на трьох рівнях послуг охорони здоров'я. Однак загальна консервативність та корпоративна закритість апарату Міністерства може суттєво зашкодити таким очікуванням. Крім того, реформа фінансування медичних послуг, зокрема введення гарантованого їх пакету, прямо впливатиме на спосіб отримання реабілітаційних послуг та засобів медичного призначення.

Реформа децентралізації вимагатиме й участі громад у наданні реабілітаційних послуг. Рівень оцінки потреб, надання базових соціальних послуг, як і медичних послуг первинного рівня вимагатиме необхідної спроможності фахівців та інститутів на місцевому рівні. Отримання повноважень об'єднаними територіальними громадами, зокрема у сфері соціальних / реабілітаційних послуг базового рівня, без підкріплення відповідними ресурсами не сприятиме належному рівню отримання цих послуг. Крім того, подальше фінансування реабілітаційних установ, але не послуг для користувача ставитиме під сумнів взаємодію громад, у яких наявні послуги різної форми реабілітації.

*Неурядові організації, що працюють в інтересах людей з інвалідністю.*

---

<sup>95</sup> Володимир Голик: «Ми прагнемо, щоб квартира не стала тюрмою для особи на візку». // [https://lb.ua/society/2017/02/07/357816\\_volodimir\\_golik\\_mi\\_pragnemo\\_shchob.html](https://lb.ua/society/2017/02/07/357816_volodimir_golik_mi_pragnemo_shchob.html). МОЗ впроваджує в систему реабілітації міжнародну класифікацію функціонування. // [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre\\_20161219\\_b.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20161219_b.html) Законопроект про реабілітацію № 4458: спроба імітації реформ. // <https://www.youtube.com/watch?v=At7RLQXIsUg>

Інтерес спільноти людей з інвалідністю є дуальним. По-перше, група зацікавлена в збереженні кращих здобутків чинної реабілітаційної системи, зважаючи на можливість отримання певного виду послуг, зокрема санаторного закладу для осіб із порушеннями спинного мозку, декількох інших установ. По-друге, особи з інвалідністю наполягають на впровадженні стандартів Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю, підтримуючи розгляд визначення інвалідності в контексті відношення особи з порушеннями здоров'я до середовищних та суспільних перешкод. Підтвердження цього може слугувати ініціювання громадським рухом осіб з інвалідністю моделі послуг раннього втручання, зокрема через функціонування мультидисциплінарних груп.

*Об'єднання учасників АТО.* Усю недосконалість реабілітаційної системи України особливо гостро відчули військові та цивільні особи, що постраждали внаслідок бойових дій на території проведення АТО. Медичні фахівці та волонтери, що реагують на потреби у реабілітації груп осіб пов'язаних з АТО, наполягають на якнайшвидшому реформуванні сфери реабілітації. Наслідки відсутності координації у сфері реабілітації призвели до поширення ініціатив зі створення Міністерства ветеранів, яке б отримало відповідні функції. Однак створення даної інституції матиме більше символічне значення, ніж ефективний вплив.

## 5. Визначення можливих шляхів вирішення проблеми

Окрім чинної політики, у сфері реабілітації विकристалізуються дві можливі альтернативи її реформування.

«Спрямування реабілітації на попередження інвалідності». Назва запозичена із проекту Закону «Про попередження інвалідності та систему реабілітації в Україні» (№ 4458 від 15.04.2016 – авторства Сисоєнко І. В. та ін.)<sup>96</sup>.

Перевагою цієї альтернативи є поширення реабілітаційних заходів не лише на осіб із формально встановленою інвалідністю, але й осіб, хто за наслідками порушень здоров'я такої реабілітації потребуватиме. Однак перевага ця виглядає декларативною. Насправді, на думку експертів, цей законопроект не передбачає якихось кардинальних змін. Так, законопроект містить 50 статей, 45 з яких є статтями чинного закону «Про реабілітацію інвалідів», – просто подано їх в іншому порядку і частково відредаговано. Тобто йдеться не про новий законопроект, як його анонсувала Ірина Сисоєнко, а про нову редакцію чинного закону<sup>97</sup>.

Також законопроектом запропоновано «на виконання рекомендацій оцінювальної місії ВООЗ з питань реабілітації запровадити спеціально уповноважений орган виконавчої влади для забезпечення ефективної міжвідомчої координації питань реабілітації та справ осіб з інвалідністю». На думку експерта, пропонується просто поновити виконання зазначених функцій Державною службою в справах ветеранів та учасників АТО, яку було створено влітку 2014 р. на базі Державної служби в справах інвалідів і ветеранів війни<sup>98</sup>.

Позитивним моментом законопроекту можна визначити спробу поділити реабілітаційний процес на 3 рівні: – первинний, вторинний і третинний. Також передбачено, що відповідно до державних соціальних нормативів та галузевих стандартів реабілітаційні заходи здійснюються мультидисциплінарними командами на всіх рівнях реабілітації. Видається прогресивним, що Індивідуальна програма реабілітації осіб з тимчасовими обмеженнями життєдіяльності розробляється відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я лікарем такої особи або мультидисциплінарною командою. Водночас стосовно розроблення ІПР для людей з інвалідністю та дітей з інвалідністю змін не передбачено. Ці функції залишаються за МСЕК та ЛКК.

Отже, можна зробити висновок, що законопроект ніяк не змінює ситуації, адже для запровадження, наприклад, мультидисциплінарної команди в лікувальних та реабілітаційних закладах недостатньо згадати її в термінології – необхідно виписати принципи її роботи, повноваження, визначити місце й функції в системі реабілітації тощо. На жаль, цього в законопроекті немає, як немає нічого, що забезпечувало б запровадження в Україні сучасних міжнародних стандартів реабілітаційного процесу<sup>99</sup>.

Одним із наслідків прийняття законопроекту в такій редакції може стати

<sup>96</sup> Текст проекту за посиланням: [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=58773](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=58773)

<sup>97</sup> Реформа реабілітації в Україні не повинна залишитися інвалідом - Здоров'я // <https://dt.ua/HEALTH/reforma-reabilitaciyi-v-ukrayini-ne-povinna-zalishitis-invalidom-.html>

<sup>98</sup> Там само.

<sup>99</sup> Там само.

суттєве збільшення ресурсного навантаження на чинну систему реабілітації. Маловірогідно, що це призведе до поліпшення її ефективності.

«Людиноцентричність реабілітації». Про цю альтернативу, запропоновану експертною спільнотою за участю очільниці МОЗ, можна говорити лише з урахуванням попереднього тексту законопроекту. Проектом запропоновано нові визначення термінів, що стосуються проблематики. Наприклад, визначення здоров'я приведено у відповідність зі стандартами ВООЗ. Додатково в термінології враховано обставини людини. Зокрема, стратегія компенсації це - реабілітаційні заходи, спрямовані на взаємну адаптацію особи та навколишнього середовища (також із використанням додаткових технічних засобів) для забезпечення особам з обмеженнями життєдіяльності можливості досягнення оптимальної соціальної інтеграції та незалежності. Додатково визначено такий термін як : «стійке обмеження життєдіяльності - обмеження життєдіяльності з негативним прогнозом до відновлення, яке потребує переважно компенсаційних та адаптаційних реабілітаційних стратегій та є підставою для визначення інвалідності». Також зроблено розрізнення між особами з інвалідністю, яким відповідно до законодавства встановлено інвалідність, та особами з обмеженням життєдіяльності – особи, які внаслідок захворювань, травм, вроджених вад розвитку мають обмеження життєдіяльності будь-якого ступеня. Також надано визначення таким важливим термінам, як: мультидисциплінарна команда, раннє втручання, нейрореабілітація, фахівці психічного здоров'я, постановка цілей у реабілітації, функціональні спеціалісти тощо.

Метою законопроекту передбачено створення умов для забезпечення особам з обмеженнями життєдіяльності, спричиненими певними розладами здоров'я, можливостей досягнення та підтримки оптимального рівня функціонування в процесі взаємодії з навколишнім середовищем. Отже, можна стверджувати, що законопроект поширюватиметься не лише на осіб з офіційним статусом інвалідності, а також враховуватиме питання взаємодії особи із зовнішнім середовищем.

Законопроектом передбачено існування такої інституції, як Національний центр оцінювання якості реабілітаційних послуг, який буде центральним органом виконавчої влади та координуватиме державну політику у сфері реабілітації, формуватиме національну систему стандартів якості реабілітаційних послуг, гармонізовану з міжнародними стандартами реабілітації, та здійснюватиме моніторинг додержання законодавства та дотримання стандартів у галузі реабілітації. Зокрема, на цю інституцію буде покладено функцію - розробки загальнодержавних програм, державних цільових програм, планів заходів в галузі реабілітації, організації контролю за їх виконанням, а також ведення Єдиного державного реєстру професіоналів реабілітації, створення і підтримки міжвідомчого інформаційного простору з питань обмежень життєдіяльності, зокрема, забезпечення роботи Єдиного державного реєстру осіб з інвалідністю, Єдиного Державного електронного ресурсу адміністрування реабілітаційних послуг. Також вона буде здійснювати моніторинг якості надання реабілітаційних послуг реабілітаційними установами та протезними підприємствами державної та комунальної форм власності, а також закладами та підприємствами, які надають послуги за рахунок бюджетних коштів.

Однак складається враження, що на інституцію покладатимуть не властиві їй функції: моніторинг дотримання вимог Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю, підготовка національних доповідей Комітету ООН про дотримання прав осіб з інвалідністю. Також місцеві органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування в межах повноважень, передбачених законами України, відслідковують випадки дискримінації та порушення прав осіб з інвалідністю та забезпечують усунення дискримінації за ознакою інвалідності; звітують Національному центру оцінювання якості реабілітаційних послуг про дотримання прав осіб з інвалідністю, про випадки порушення прав осіб з інвалідністю та законодавства з реабілітації на території підпорядкування. Погоджуючись із тим, що контроль за дискримінацією та дотриманням прав осіб з інвалідністю є важливими компонентами життєдіяльності людей з інвалідністю, ми, однак, вважаємо, що цей Закон повинен базуватись лише на питаннях, безпосередньо пов'язаних із реабілітацією. Позитивною видається децентралізація реабілітаційного процесу.

Проектом регламентується отримання реабілітації на трьох рівнях медичної допомоги та функціонування мультидисциплінарних груп.

Проект є суттєво переважаним заходами, які не стосуються реабілітації, а більш притаманні сферам забезпечення прав людей з інвалідністю. Однак запропоновані ним положення щодо системи реабілітації є позитивними. Законопроект може бути взятий за основу для подальшого опрацювання.

## 6. Опис запропонованого шляху вирішення проблеми

З окреслених вище альтернатив пропонуємо взяти за основу підхід імплементації МКФ, запропонований МОЗ. Водночас пропонуємо зберегти основні здобутки реабілітаційної системи для осіб з інвалідністю, адаптувавши її до нових умов.

Під час опрацювання запропонованого порядку денного, вважаємо за необхідне зосередитись на:

1. Необхідності законодавчо визначити та інституційно забезпечити функціонування єдиного координаційного органу у сфері реабілітації. Цей інститут мав би зосередитись на:

- нормативному регулюванні сфери реабілітації у взаємодії із Мінсоцполітики, МОЗ, МОН та іншими відомствами;

- регламентуванні діяльності мультидисциплінарних груп, які спільно із користувачем здійснюватимуть оцінку потреб у реабілітаційних послугах та формуватимуть їх перелік;

- забезпеченні належної координації на трьох рівнях медичної допомоги, надання системи реабілітації та соціальних послуг, зокрема через рівні громада – область – інституції національного рівня;

- організації підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації фахівців у сфері реабілітації, зокрема учасників мультидисциплінарних команд, фахівців реабілітаційних установ;

- ролі консультації в отриманні інформації особами з порушеннями здоров'я, сім'ями, де перебувають особи з порушеннями здоров'я;

- участі у веденні статистичних даних щодо кількісних показників реабілітаційної системи;

- проведенні та організації досліджень у сфері допоміжних технологій; їх розвиток та відіграватиме роль депозитарію допоміжних технологій.

Створення цього органу можливе як у межах одного із міністерств, так і в межах майбутньої Національної служби з охорони здоров'я.

2. Планування та надання реабілітаційних послуг повинно бути розпочато із часу звернення особи за медичною допомогою. На рівні областей, центрів госпітальних округів, закладів охорони здоров'я для військовослужбовців діятимуть відповідні мультидисциплінарні команди, які здійснюватимуть оцінку потреб, формуватимуть план реабілітаційних заходів. Первинним у формуванні таких заходів повинна бути воля особи з порушеннями здоров'я. З цією метою особі має бути надана повна інформація, із використанням за необхідності доступної форми її донесення щодо кроків реабілітації. Мультидисциплінарні команди формуються з медичних працівників, фахівців соціальної сфери, психологів із можливим залученням фахівців інших галузей за потреби.

Окрім реабілітаційних послуг, реабілітаційний план може включати перелік допоміжних засобів, потрібних особі. Причому такий перелік не повинен залежати від затвердженого нормативу, а опиратись виключно на потребі в подоланні особою перешкод для максимальної незалежності.

3. Після завершення гострого стану, перебування особи вдома зі сформованим

реабілітаційним планом, з урахуванням ступеня порушення здоров'я, та зовнішніх перешкод для реалізації прав, особі може бути встановлено інвалідність. З цією метою документи особи надсилатимуться комісії (лікар, соціальний працівник, психолог, інші фахівці за потреби), яка встановить відповідний ступінь порушення. Така комісія функціонуватиме в межах госпітального округу. За бажанням особи з порушеннями здоров'я може відбутись додаткове спілкування із комісією за місцем проживання такої особи.

4. Послуги із соціальної реабілітації, догляду, здобуття навичок надаватимуться на первинному рівні – рівні громади. В залежності від гарантованого рівня безоплатних послуг такі послуги можуть надаватись або безоплатно, або за часткову оплату. Крім того, особа з порушеннями здоров'я може самостійно взаємодіяти із фахівцями у сфері реабілітації у разі необхідності надання додаткових послуг, як-то навчання додатковим навичкам.

5. Для отримання допоміжних засобів у межах соціальної підтримки особі з порушеннями здоров'я надаватиметься ваучер, який дорівнюватиме певній сумі коштів. Цю суму особа з порушеннями здоров'я може витратити на придбання допоміжних засобів або оплатити частину їхньої вартості, додавши власні ресурси. Особа з порушеннями здоров'я повинна отримати підтримку, зокрема в навчанні навичок використання відповідного допоміжного засобу.

6. За потреби отримання послуг реабілітації у відповідних центрах вищого рівня громада сплачує за ці послуги або повністю, або вносить частини оплати за них. Національний координаційний орган може надати додаткову підтримку в разі неспроможності бюджетних ресурсів громади. З цією метою інститут взаємодіятиме із Фондом соціального захисту інвалідів.

7. У межах законодавства про соціальні послуги на умовах соціального замовлення слід забезпечити закупівлю соціальних / реабілітаційних послуг, зокрема на конкурентних умовах, залучаючи як державних, так і недержавних надавачів.

8. Критерії оцінки отримання реабілітаційних послуг повинні базуватись на оцінці їх користувачем та зовнішній оцінці координуючого органу. На підставі оцінки послуг здійснюватиметься оцінка компетентностей персоналу, плануватимуться відповідні програми перепідготовки чи підвищення кваліфікації. Фінансова підтримка перепідготовки та підвищення кваліфікації персоналу урядом має бути однаковою як для державних, так і недержавних надавачів послуг.

Розуміючи виклики, які можуть виникнути із впровадженням рекомендацій, окремі їх частини можна запровадити як експеримент, на зразок послуги раннього втручання.

Пропоновані рекомендації не поширюються на питання отримання фінансової соціальної допомоги, пенсії у зв'язку з інвалідністю, підтримки сім'ям / особам, що доглядають осіб з інвалідністю. Ці питання визначатимуться політикою соціального захисту. Мультидисциплінарна група може встановити ступінь залежності від такого догляду.

Крім того, послуги у сфері професійної реабілітації слід розглядати в контексті зайнятості.

На комплексі перешкод та характері їх подолання має базуватись і

встановлення статусу особи з інвалідністю. Симптоматично, що чинна система трьох груп в окремих сферах призводить до дискримінації за мірою втрати здоров'я. Інституційна складова встановлення групи інвалідності, формування програм реабілітації базуватиметься на способі запровадження страхування в отриманні послуг охорони здоров'я. Дискусія стосовно моделі такого страхування не дозволяє повністю спрогнозувати потенційну модель функціонування інституцій.

Допоміжні засоби та послуги особа з інвалідністю мала б визначати самостійно. Ба більше, уряду слід обмежитись наданням відповідних цільових сертифікатів особі, яка мала б можливість придбати собі необхідну послугу чи засіб.

Децентралізація повинна проводитись паралельно із деінституалізацією. Великі інтернатні заклади для осіб з інвалідністю слід реформувати в центри підтриманого проживання, залишивши їх лише для «транзитного» перебування особи, підготовки її до самостійного проживання.



## АНОТАЦІЯ

У пропонованій аналітичній записці досліджено спроможність системи реабілітації відповідати подальшій імплементації Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю та Міжнародної класифікації функціонування обмежень життєдіяльності та здоров'я (далі – МКФ). Констатовано, що чинна система реабілітації, на жаль, не має змоги відповідати нагальним викликам та забезпечити отримання послуг особам з інвалідністю якнайближче до місця проживання. Крім того, особи з порушенням здоров'я, яким інвалідність не встановлено є із цієї системи виключеними.

Метою аналітичного документу є вироблення пропозицій для формування державної політики у сфері реабілітації осіб з порушеннями здоров'я на основі імплементації Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю та просування їхньої максимальної незалежності. Висвітлено міжнародні та національні норми щодо реабілітації осіб з інвалідністю, проаналізовано прогалини в українському законодавстві та правозастосовній практиці щодо доступу до реабілітаційних послуг та допоміжних засобів.

Приділено увагу міжнародному досвіду в цій сфері, зокрема аналізу політики окремих країн стосовно забезпечення реабілітаційними послугами осіб з порушеннями здоров'я. Зокрема, взято до уваги питання соціальної підтримки страхової медицини. Окреслено можливості отримання реабілітаційних послуг за місцем проживання.

Аналізуючи участь зацікавлених сторін у формуванні політики, привернуто увагу до реформ у дотичних сферах, зокрема охорони здоров'я та сфері соціальних послуг.

На основі аналізу запропоновано можливі шляхи поліпшення державної політики у визначеній сфері, окреслено перспективи запровадження альтернативи, яка базуватиметься на імплементації МКФ.

## ABSTRACT

The analytical paper investigates into the capability of the rehabilitation system to comply with the further implementation of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities and International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). It states that the currently valid rehabilitation system, unfortunately, does not meet the needs of persons with disabilities. Besides, persons living with health problems whose disability is not determined are excluded from this system.

The paper pays attention to international experience in this sphere, in particular to political analysis concerning the provision of rehabilitation services to persons with health problems. In addition, it takes into consideration the question of social support in the case of insurance medicine. It delineates possibilities to receive rehabilitation services according to place of residence.

When analysing the impact of stakeholders on the policy development, the author of the paper gives attention to reforms in connected spheres, in particular in those of health care and social services. Based on the analysis, the paper proposes possible ways of the improvement of the state policy in this area. It delineates the prospects for introduction of an alternative approach which will be based on the implementation of ICF



**Бойгдан Мойса**, координатор аналітичного напрямку Української Гельсінської Спілки з прав людини