

Федоренко С. Н.<sup>1,2</sup>

кандидат наук з фізичного виховання і спорту, докторант

Лазарева О.Б.<sup>1</sup>

доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор

Вітомський В.В.<sup>1,3</sup>

кандидат наук з фізичного виховання і спорту

Балаж М.С.<sup>1</sup>

кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент

Вітомська М.В.<sup>1</sup>

викладач

<sup>1</sup> Національний університет фізичного виховання і спорту України

<sup>2</sup> Медичний центр «Феско»

<sup>3</sup> Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України

## АНАЛІЗ МІЖНАРОДНОГО ДОСВІДУ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ТА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

*Мета:* розглянути досвід та визначити основні підходи в організації системи реабілітаційної допомоги та фізичної терапії у світі. *Методи дослідження:* теоретичний аналіз та узагальнення літературних джерел, метод систематизації наукової інформації. *Результати.* Реабілітація в розвинених країнах здійснюється як у спеціалізованих державних, муніципальних або приватних реабілітаційних клініках, стаціонарних реабілітаційних центрах, так і в амбулаторних умовах, у денних установах та вдома. Велика увага приділяється координації всіх служб, які здійснюють відновне лікування, і раціональному розподілу функцій між ними. При організації реабілітаційних підрозділів звертається увага на їх окупність. Одним з основних завдань відновного лікування фахівці вважають максимально повну участь осіб з інвалідністю в житті суспільства і виробничому процесі. В основі законодавства лежить ідея про те, що реабілітація та подальше працевлаштування є економічно вигіднішими, ніж постійне забезпечення пенсіями і посібниками. У деяких країнах реабілітаційні послуги надаються різними недержавними провайдерами, серед яких організації людей з інвалідністю, медичні інституції. Нерідко для розміщення державних замовлень з відновлювального лікування використовуються приватні реабілітаційні центри. Допоміжні засоби пацієнти отримують за рахунок страховки, держави, муніципалітетів. В сучасних умовах у країнах Європейського Союзу система реабілітації передбачає отримання послуг за місцем проживання. Передбачено організацію як спеціалізованих, так і комплексних центрів реабілітації. Спостерігається тенденція у переорієнтації проведення медико-соціальної реабілітації із стаціонарних форм на амбулаторні, денні установи та реабілітацію вдома, незважаючи на високу витратність реабілітаційних послуг та великі вимоги до персоналу. *Висновок.* Перехід на здійснення медичної реабілітації вдома або в умовах денного відвідування медичних установ передбачає підвищення ефективності реабілітаційних заходів. У країнах ЄС відбувається скорочення ролі урядів та інших державних органів у реабілітаційній діяльності. Основними її учасниками є реабілітаційні організації приватного сектора та люди з інвалідністю. Наприклад, у таких країнах, як Німеччина, Велика Британія, Бельгія, медичні реабілітаційні установи є недержавними та працюють в умовах жорсткої конкуренції. Вільна конкуренція таких закладів сприяє поліпшенню якості медико-соціальної реабілітації, у тому числі фізичної терапії.

**Ключові слова:** система, організація, фізична терапія, ерготерапія, відновлення, якість, послуга.

**Федоренко С.Н., Лазарева Е.Б., Вітомський В.В., Балаж М.С., Вітомская М.В. Анализ международного опыта организации систем реабилитационной помощи и физической терапии.**

*Цель:* рассмотреть опыт и определить основные подходы в организации системы реабилитационной помощи и физической терапии в мире. *Методы исследования:* теоретический анализ и обобщение литературных источников, метод систематизации научной информации. *Результаты.* Реабилитация в развитых странах осуществляется как в специализированных государственных, муниципальных или частных реабилитационных клиниках, так и в стационарных реабилитационных центрах, в амбулаторных условиях, в дневных учреждениях и дома. Большое внимание уделяется координации всех служб, которые выполняют восстановительное лечение, и рациональному распределению функций между ними. При организации реабилитационных подразделений обращается внимание на их окупаемость. Одной из основных задач восстановительного лечения специалисты считают максимально полное участие лиц с инвалидностью в жизни общества и производственном процессе. В основе законодательства лежит идея о том, что реабилитация и дальнейшее трудоустройство является экономически выгоднее, чем постоянное обеспечение пенсиями и пособиями. В некоторых странах реабилитационные услуги предоставляются различными негосударственными провайдерами, среди которых организации людей с инвалидностью, медицинские учреждения. Нередко для размещения государственных заказов по восстановительному лечению используются частные реабилитационные центры. Вспомогательные средства пациенты получают за счет страховки, государства, муниципалитетов. В современных условиях в странах Европейского Союза система реабилитации предусматривает получение услуг по месту жительства. Предусмотрена организация как специализированных, так и комплексных центров реабилитации. Наблюдается тенденция к переориентации проведения медико-социальной реабилитации со стационарных форм на амбулаторные, дневные учреждения и реабилитацию дома, несмотря на высокую затратность реабилитационных услуг и большие требования к персоналу. *Вывод.* Переход на

осуществление медицинской реабилитации дома или в условиях дневного посещения медицинских учреждений предусматривает повышение эффективности реабилитационных мероприятий. В странах ЕС происходит сокращение роли правительств и других государственных органов в реабилитационной деятельности. Основными ее участниками являются реабилитационные организации частного сектора и люди с инвалидностью. Например, в таких странах, как Германия, Великобритания, Бельгия, медицинские реабилитационные учреждения являются негосударственными и работают в условиях жесткой конкуренции. Свободная конкуренция таких заведений способствует улучшению качества медико-социальной реабилитации, в том числе физической терапии.

**Ключевые слова:** система, организация, физическая терапия, эрготерапия, восстановление, качество, услуга.

**Fedorenko S., Lazarijeva O., Vitomskyi V., Balazh M., Vitomska M. Analysis of international experience of organization of the systems of rehabilitation help and physical therapy.**

*Objective:* to review experience and define basic approaches in organization of the system of rehabilitation help and physical therapy in the world. *Research methods:* theoretical analysis and synthesis of literary sources, method of systematization of scientific information. *Results.* A rehabilitation in the developed countries is carried out both in the specialized state, municipal or private rehabilitation clinics and in inpatient rehabilitation centers, in ambulatory terms, in daily care establishments and at home. Great attention is spared to co-ordination of all services which execute restoration treatment, and rational distributing of functions between them. During organization of rehabilitation subdivisions attention applies on their recoument. To one of basic tasks of restoration treatment specialists count maximally complete participation of persons with disability in life of society and production process. The law is based on the idea that a rehabilitation and further employment is economic more advantageous, than permanent providing pensions and gratuity. In some countries rehabilitation services are given different non-state providers, including which organizations of people with disability, medical establishments. Quite often for rozmeschennya of government businesses on restoration treatment private reabilitacyonnye centers are used. Patients get auxiliary facilities due to insurance, state, municipalities. Private rehabilitation centers are not rarely used to place government orders for rehabilitative treatment. Aids patients receive at the expense of insurance, the state, municipalities. In modern terms in the countries of European Union the system of rehabilitation foresees the receipt of services domiciliary. The organization of the both specialized and complex centers of rehabilitation is foreseen. There is a tendency towards reorientation of medical and social rehabilitation from inpatient forms to outpatient, day-care facilities and home rehabilitation, despite the high cost of rehabilitation services and large requirements to the personnel. *Conclusion.* The transition to the implementation of medical rehabilitation at home or in conditions of a day visit to medical institutions provides for improving the effectiveness of rehabilitation measures. There is reduction of role of governments and other public organs in rehabilitation activity in the countries of ES. Its main participants are rehabilitation organizations of private sector and people with disability. For example, in such countries, as Germany, Great Britain, Belgium, medical rehabilitation establishments are non-state and work in the conditions of hard competition. The free competition of such establishments contributes to the improvement of the quality of medical and social rehabilitation, including physical therapy.

**Key words:** system, organization, physical therapy, ergotherapy, restoration, quality, service.

**Постановка наукової проблеми та аналіз наукових досліджень і публікацій.** Ідея створення служб реабілітаційної допомоги в світі має досить тривалу історію. При цьому як в нашій країні, так і в зарубіжних країнах еволюція допомоги людям з різними видами порушень проходила одні й ті ж етапи.

У XIX столітті почався розвиток спеціальних інтернатів і притулків для людей з порушеннями, які лікарі визнавали невиліковними. Утримання пацієнтів в таких установах фінансувалося за залишковим принципом, а допомога фактично обмежувалася доглядом за хворими; перший етап надання послуг з реабілітації Е. Helander [18] називає «Забудь та приховай» (Forget and Hide).

Після закінчення першої світової війни в госпіталях США вперше з'явилися палати для відновного лікування, а в 1922 році була створена перша в світі міжнародна неурядова організація, діяльність якої була спрямована на розробку проблем реабілітації хворих і постраждалих. З 1960 року ця організація носить назву «Міжнародна спілка реабілітації непрацездатних» (International Society for Rehabilitation of the Disabled).

Після другої світової війни, в зв'язку з появою великої кількості осіб з інвалідністю, у багатьох країнах, перш за все в США і Великобританії, стала розвиватися система медичної та соціальної допомоги і виплати державної допомоги. Згодом ця система поширилася і на людей, які страждають на різні захворювання. Вже з початку 60-х років XX століття склалося уявлення, що потреба в реабілітації виникає у людей головним чином з приводу захворювань [5]. Такий підхід узгоджується з уявленнями про необхідність реабілітації на ранніх стадіях захворювань, коли можна запобігти порушенням функцій організму і зберегти здоров'я пацієнта. Разом з тим, розширення поняття «інвалідність» призвело до того, що в кінці XX ст. 15% жителів США, за даними Е. Helander [18], вважали себе людьми з обмеженнями і спеціальними потребами.

У цей період було створено велику кількість реабілітаційних установ різного профілю; однією з перших таких установ був організований в 1946 р реабілітаційний центр при госпіталі Бельвю Нью-Йоркського університету. Велика увага приділялася правильній та своєчасній діагностиці порушень. Організація допомоги базувалася, як і раніше, на біологічній моделі і розвивалася за принципом створення спеціальних установ для людей з різними видами порушень. Такий підхід, названий Е. Helander [18] «Обстежуй та розділяй» (Screen and Segregate), на думку Е. Клочкової та ін. [4], характеризує сучасний стан реабілітаційної допомоги в країнах пострадянського простору.

Тому з метою трансформації підходів до надання реабілітаційних послуг та фізичної терапії слід дослідити світовий досвід організації таких систем.

**Зв'язок роботи з науковими планами і темами.** Роботу виконано згідно плану НДР НУФВСУ на 2016-2020 рр. за темою: 4.2. «Організаційні та теоретико-методичні основи фізичної реабілітації осіб різних нозологічних, професійних та вікових груп», номер державної реєстрації 0116U001609.

**Мета:** розглянути досвід та визначити основні підходи в організації системи реабілітаційної допомоги та фізичної терапії у світі.

**Методи дослідження:** теоретичний аналіз та узагальнення літературних джерел, метод систематизації наукової інформації.

**Результати дослідження та їх обговорення.** В останні десятиліття отримала розвиток нова модель інвалідності - соціальна, в основу якої покладено концепцію рівних прав і рівних можливостей для всіх членів суспільства і концепцію нормалізації життя людей з функціональними порушеннями [13]. Новий підхід вперше був запропонований в 1980 році, коли ВООЗ опублікувала Міжнародну класифікацію функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я [9]. Соціальна концепція інвалідності була остаточно сформульована в Стандартних правилах зі створення рівних можливостей для осіб з обмеженнями життєдіяльності, які були прийняті на 48-й сесії Генеральної асамблеї ООН в 1993 р

Реабілітація в розвинених країнах здійснюється в стаціонарних і амбулаторних медичних установах і так званих денних клініках [17]. До стаціонарних установ належать реабілітаційні центри та реабілітаційні відділення великих лікарень [19].

У США велика увага приділяється координації всіх служб, які здійснюють відновне лікування, і раціональному розподілу функцій між ними. У 1980-х рр. було сформовано мережу спеціалізованих медичних закладів за схемою: первинна діагностика - спеціалізоване обстеження - інтенсивна терапія-долікування і реабілітація - реадaptaція і соціально-медичний патронаж. Отримали розвиток різного роду амбулаторії, консультативно-діагностичні центри, комплексні центри реабілітації та ін. [8].

Стаціонарне відновне лікування хворих після інфаркту міокарда, гострих порушень мозкового кровообігу (ГПМК) і черепно-мозкових травм здійснюється головним чином в реабілітаційних лікарнях. Їх ліжкова потужність, як правило, невелика - не більше як 100 ліжок; тривалість перебування пацієнта на ліжку становить в середньому 22-25 днів [1]. У багатьох великих багатопрофільних лікарнях є відділення ранньої реабілітації. Крім того, набула поширення практика оренди стаціонарних ліжок у лікарень для відновного лікування.

При організації реабілітаційних підрозділів в США звертається увага на їх окупність. Управління реабілітаційного обслуговування США підкреслює, що на кожну тисячу доларів, витрачену на реабілітацію особи з інвалідністю, може бути повернуто громаді 35 тис. доларів в процесі праці реабілітованої особи з інвалідністю. Але навіть при таких умовах тільки 50% осіб з інвалідністю працездатного віку надається право працювати [29]. У зв'язку з цим активно ведеться діяльність з професійної реабілітації осіб з інвалідністю, контролюється радою з працевлаштування інвалідів; в рамках цієї діяльності розробляються цільові програми зі співпраці центрів спеціальної підготовки інвалідів з підприємствами, політика з проблем осіб з інвалідністю розробляється особливим урядовим органом - Національною радою з інвалідності, члени якої призначаються президентом. Мета ради полягає в тому, щоб зробити осіб з інвалідністю повноцінними членами суспільства. Медична реабілітація осіб з інвалідністю передбачена в рамках програм «Medicare», «Medicaid», що фінансуються федеральним урядом.

Що стосується хронічних хворих і людей похилого віку, то основною метою їх відновного лікування є підтримання здоров'я і поліпшення здатності до повсякденної діяльності [29]. Як приклад автор наводить об'єднання двох лікарень в Мілуокі в геріатричний центр, який надає допомогу при гострих і хронічних захворюваннях, амбулаторну первинну допомогу на дому і виконує функції реабілітаційного центру денного перебування. Пацієнти доставляються до цієї установи спеціальним транспортом три рази на тиждень.

Канада є першою країною, що включила до своєї конституції положення про рівність осіб з інвалідністю. В процесі реабілітації осіб з інвалідністю беруть участь особливі фахівці - ерготерапевти і реабілітаційні медсестри, діяльність яких спрямована на визначення індивідуальних потреб осіб з інвалідністю і компенсацію обмежень життєдіяльності. Одним з основних завдань відновного лікування фахівці вважають максимально повну участь осіб з інвалідністю в житті суспільства і виробничому процесі [26, 30].

У Великобританії законодавчо закріплено впровадження елементів реабілітації в діяльність усіх лікарень. У великих багатопрофільних лікарнях з'являються спеціальні реабілітаційні палати [16]. Для кожного пацієнта розробляється індивідуальна програма реабілітації. Так, реабілітація хворих, які перенесли ГПМК, здійснюється командою, до складу якої входять лікар-невролог-реабілітолог, середні медичні працівники (медсестри, фізичні терапевти, ерготерапевти), психолог, логопед і соціальні працівники. Крім того, в країні діє мережа спеціалізованих і комплексних центрів реабілітації. Визнана економічна доцільність об'єднання лікарень, будинків по догляду та інших установ, які здійснюють реабілітацію, в великі комплекси. Законодавство про осіб з інвалідністю існує в Великобританії з 1944 року. 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» [11]. Вартість допоміжних засобів, які коштують менше 1000 фунтів, теж покривається за рахунок 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 [11]. Національний інститут охорони здоров'я та клінічної майстерності відповідає за формування

навчальних посібників, зокрема і реабілітації після перенесеного захворювання [11]. Діє така форма, як реабілітація осіб з інвалідністю на дому, незважаючи на її високу затратність і великі вимоги до персоналу.

Швеція визначає поняття щодо осіб з інвалідністю керуючись МКФ. Однак існують різні контекстуальні визначення інвалідності у національному законодавстві: недискримінаційному, соціальному та сфери будівництва [20].

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 порушенням здоров'я бере на себе відповідальність за здійснення абілітаційного / реабілітаційного процесу та за потреби може розраховувати на допомогу інших фахівців медичної чи соціальної сфери [20].

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 [20].

У Німеччині в основі законодавства про осіб з інвалідністю лежить ідея про те, що реабілітація та подальше працевлаштування осіб з інвалідністю є економічно вигіднішими, ніж постійне забезпечення їх пенсіями і посібниками. У країні діє «Кодекс соціального права», основними положеннями якого є: надання всіх видів необхідної допомоги кожній особі з інвалідністю або особі, якій загрожує інвалідність, незалежно від причини; інтеграція осіб з інвалідністю у суспільство; втручання на самій ранній стадії, коли повинні бути вжиті всі заходи для зменшення масштабів наслідків інвалідності; принцип надання індивідуальної допомоги, орієнтованої на потреби конкретної особи з інвалідністю [7, 14].

Норми законів спрямовані на реабілітацію осіб з інвалідністю із застосуванням механізмів страхування, причому фінансування процесу інтеграції особи з інвалідністю в трудове життя має пріоритет перед пенсійним фінансуванням. Питання медичної, соціальної та професійної реабілітації осіб з інвалідністю вирішуються комплексно, в можливо більш ранні терміни, з послідовним переходом від одних заходів до інших, показаним на більш пізньому етапі. Чітко визначені показання для реабілітації осіб з інвалідністю в певних установах і клініках. В процесі реабілітації виражене прагнення до того, щоб особа з інвалідністю якомога раніше стала самостійною [7, 14].

Поряд з реабілітаційними відділеннями лікарень в Німеччині функціонують комплексні центри, в яких здійснюється стаціонарне та амбулаторне відновне лікування [22]. Одним з найбільших є Кельнський реабілітаційний центр, який обслуговує пацієнтів з усієї території країни. В даному закладі здійснюється медична, психологічна та трудова реабілітація хворих. Розроблено метод поетапного відновного лікування пацієнтів, в рамках якого передбачаються попередня навантажувальна терапія, підвищення працездатності в кваліфікаційному відділенні зі ступінчастим збільшенням навантажень, тренування і тривалі навантаження у відділенні ерготерапії і на завершальному етапі - переведення пацієнта на роботу в клініці або за її межами за розробленими програмами, що передбачають зростання робочих навантажень [14].

Для пацієнтів працездатного віку в країні функціонують центри професійної перепідготовки [24].

У Німеччині існує близько 200 спеціалізованих центрів, що займаються реабілітацією пацієнтів із захворюваннями опорно-рухового апарату, серця і судин, цукровим діабетом та ін., отримала розвиток реабілітація геріатричних хворих [25, 28, 33].

У Фінляндії на законодавчому рівні закріплена інтеграція реабілітаційної діяльності в сферу соціального захисту населення, охорони здоров'я, зайнятості, соціального страхування, освіти, а також сформовані механізми їх співпраці і кооперування. Особлива увага приділяється професійній реабілітації осіб з інвалідністю. Фінансування реабілітації здійснюється за рахунок соціального страхування. У період проходження реабілітації особа з інвалідністю отримує спеціальну реабілітаційну допомогу за рахунок коштів соціального страхування [2].

Питання реабілітації осіб з інвалідністю та надання їм медичної допомоги в Фінляндії знаходяться в компетенції місцевих органів влади, при цьому держава компенсує їм значну частину витрат. Підрозділи реабілітації функціонують, як правило, в складі територіальних центрів охорони здоров'я. Так, в громаді Sipoo, крім амбулаторії, стаціонару загального профілю, є відділення на 40 ліжок для проведення відновного лікування престарілим пацієнтам після перенесених інсультів. Особам з інвалідністю компенсуються витрати на придбання пристосувань, необхідних для реабілітації (крісла-каталки, милиці та ін.) і лікування з фондів страхової медицини [2]. Нерідко для розміщення державних замовлень з відновлювального лікування використовуються приватні реабілітаційні центри [7].

Цікавим є досвід організації служби відновного лікування в Польщі. У 1969 р. була розроблена перша в країні програма реабілітації, згідно з якою в усіх воєводствах створені реабілітаційні консультації, в рамках районного та міських об'єднань охорони здоров'я організовані стаціонарні і амбулаторні реабілітаційні відділення. У великих містах працюють воєводські центри реабілітації на базі поліклінічних та стаціонарних реабілітаційних установ. Кожен лікар отримав можливість використовувати методи реабілітації хворим, що потребують цього. На допомогу їм об'єднання охорони здоров'я створили реабілітаційні групи, здатні технічно вирішувати питання реабілітації. Ця модель була визнана в 1970 р ВООЗ гідною наслідування [32]. 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 [6].

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 [12]. Люди з інвалідністю є невідомою 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 систему медичних та соціальних послуг, але й будуть підтримуватися 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 [12]. 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 [12].

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 медичну, соціальну та трудову реабілітацію. 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 [3]. Складові соціальної реабілітації визначаються Законом «Про соціальні послуги». Ці послуги включають: тренінги із навичок самопомоги; 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 [3]. Допоміжні засоби одноразово можна придбати за рахунок муніципалітетів. Видатки на їх придбання перебувають за межами медичної системи допомоги [12].

У Чеській республіці реабілітація хворих та осіб з інвалідністю здійснюється в реабілітаційних центрах та відділеннях лікарень. Однією з найбільших установ є центр комплексної реабілітації в Північній Моравії, в структуру якого входять інститут соціального забезпечення осіб з фізичними вадами і клініка реабілітації [31]. У республіці існують станції відновного лікування при поліклініках і лікарнях, де застосовуються фізіотерапевтичні методи, фізична терапія і ерготерапія.

Держава Ізраїль, визначаючи термін особи з інвалідністю, виходить із стійких довготривалих порушень здоров'я, які перешкоджають участі в суспільному житті. Водночас у спеціальних правових актах можуть використовуватись інші контекстуальні визначення. У страховій медицині країни наявні можливості фінансової підтримки для оплати страхових внесків для осіб з інвалідністю. Щорічне обстеження за відповідними стандартами дозволяє виявляти порушення здоров'я на ранньому етапі [21]. Урядом фінансується широкий спектр послуг стосовно реабілітації та абілітації через Міністерство охорони здоров'я, оборони та інститут страхування. Ці послуги спрямовані на досягнення максимальної незалежності особи. 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 [21]. 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 за рахунок внесків особи та державних коштів. Причому, уряд поступово зменшує частку особистого внеску особи. Певна фінансова підтримка надається й для придбання автомобілів та витрат пов'язаних із їх експлуатацією [21]. 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 [21].

В сучасних умовах 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 із 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 особи [1]. 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 у оздоровчих центрах особи [1]. 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 товарів і послуг, а на потреби кожної конкретної особи [1]. 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 [1].

У багатьох країнах світу (включаючи і країни, що розвиваються) центри відновного лікування організовуються за місцем проживання (community based rehabilitation, або реабілітація на рівні громади). Даному напрямку приділяється найсерйозніша увага на міжнародному рівні. Програми реабілітації на рівні громади для підтримки людей з обмеженими можливостями включають в себе п'ять основних напрямків: зміцнення здоров'я, профілактика, медична допомога, реабілітація, допоміжні пристосування для інвалідів. Стратегія ВООЗ, орієнтована на реабілітацію в громаді, здійснюється в 90 країнах [15, 17, 23, 27]. Модель community-based rehabilitation (CBR) істотно доповнює функціонуючу систему комплексної реабілітації. До реалізації програм CBR залучаються не тільки працівники охорони здоров'я, а й адміністрація, працівники освітніх установ, соціального захисту, транспорту та ін., сім'ї хворих і все місцеве населення.

У деяких країнах ЄС роль місцевих громад та добровільних організацій у проведенні реабілітаційних заходів визначено на законодавчому рівні. 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 (общини). 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 [1]. 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 [11].

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. 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 особи [1]. 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 [1].

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 [1].

Таким чином, основними установами відновного лікування за кордоном є спеціалізовані багатoproфільні і комплексні реабілітаційні центри для амбулаторних і стаціонарних хворих, що організовуються в лікарнях і амбулаторних закладах за місцем проживання, в денних клініках, центрах охорони здоров'я, денних профілакторіях та ін.

Створено реабілітаційні консультації, станції відновного лікування, реабілітаційні групи, проводиться реабілітація на дому, на рівні громад. До участі в реабілітації, особливо на рівні громади, залучається місцеве населення. На цьому рівні реабілітаційні заходи часто виходять за межі діяльності закладів охорони здоров'я. Ставиться завдання раннього початку реабілітації, максимально повного відновлення працездатності пацієнтів, інтеграції осіб з інвалідністю в соціальне і трудове життя. Відзначається висока окупність реабілітаційних заходів.

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 рахунок держави або місцевих органів.

Перераховані вище форми і методи організації реабілітації мають практичну цінність і можуть бути використані при

розробці системи медичної реабілітації хворих та осіб з інвалідністю в Україні.

#### Висновки

У літературі досить широко розглядаються питання організаційно-методичних основ фізичної терапії та фізичної реабілітації при різноманітних захворюваннях і травмах. Запропоновано варіанти комбінування засобів та методів у програмах реабілітації, проте проблеми й особливості організації реабілітаційних, реабілітаційно-оздоровчих центрів у сучасних ринкових умовах України, формування їх структури та взаємодії структурних елементів залишаються поза увагою.

Світовий досвід є обов'язковим підґрунтям для розбудови системи реабілітаційної допомоги та фізичної терапії на теренах України. Реабілітація в розвинених країнах здійснюється як у спеціалізованих державних, муніципальних або приватних реабілітаційних клініках, стаціонарних реабілітаційних центрах, так і в амбулаторних умовах, у денних установах та вдома. Нерідко для розміщення державних замовлень з відновлювального лікування використовуються приватні реабілітаційні центри. У країнах ЄС відбувається скорочення ролі урядів та інших державних органів у реабілітаційній діяльності. Основними її учасниками є реабілітаційні організації приватного сектора та люди з інвалідністю. Тому реабілітаційні установи працюють в умовах жорсткої конкуренції, що сприяє поліпшенню якості медико-соціальної реабілітації, у тому числі фізичної терапії.

#### Література

1. Гаврюшенко Г., Коропець П. Досвід країн ЄС у питаннях реабілітації інвалідів / Г.Гаврюшенко, П.Коропець // Соціальна політика: проблеми, коментарі, відповіді. – 2009. – Липень № 7. Режим доступу: [https://www.dcz.gov.ua/dnp/control/uk/publish/article?art\\_id=12832](https://www.dcz.gov.ua/dnp/control/uk/publish/article?art_id=12832).
2. Демин А.К., Лазаренко А.И. Особенности организации медико-социальной помощи в Финляндской Республике. / А.К. Демин, Лазаренко А.И. // Сов. здравоохранение. – 1990. – 9. – С. 65-69.
3. Імереллі Р. Е. 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.
4. Клочкова Е. Философия здоровья: от лечения к профилактике и здоровому образу жизни: Руководство для врачей, специалистов по реабилитации и студентов / Е. Клочкова, Е. Андреева, Е. Калинина, М. Тищенко // М.: Теревинф, 2010. - 271 с.
5. Кузикова В.В. Социальная реабилитация инвалидов в странах Восточной Европы. Социология в медицине: теоретические и научно-практические аспекты / В.В. Кузикова // М., 1990. – № 2. – С.31-34.
6. Рассмотрение докладов, представляемых государствами-участниками в соответствии со статьей 35 Конвенции. Первоначальный доклад государства-участника, подлежащий представлению в 2014 году. Польша. Организация Объединенных Наций. - 2015. - С. 5-6. Режим доступу: [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fGBR%2f1&Lang=ru](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fGBR%2f1&Lang=ru).
7. Свистунова Е.Г. Законодательство в сфере социальной защиты и реабилитации инвалидов за рубежом. / Е.Г. Свистунова // Медико-социал. экспертиза и реабилитация. – 2002. – № 1 – С. 30-43.
8. Шаховский К.П., Воронов А.Я., Юновидов И.М. Современные тенденции в организации здравоохранения США. Новые организационные формы оказания медицинской помощи на примере США: Обзор лит. / К.П. Шаховский, А.Я. Воронов, И.М. Юновидов // Мед. реф. журн. - Разд. 16. 1990- №.11. - 14-17.
9. Шостка Г. Д., Раснянский В. Ю., Квашнин А. В. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья / Г. Д. Шостка, В. Ю. Раснянский, А. В. Квашнин // Женева: ВОЗ., 2001. - 345 с
10. Cassak D. Restructuring the health care system : A rep. of the Roy. Soc. 1st conf. on home healthcare and alternate site delivery system. / D. Cassak // Health Ind. Today. – 1984. - 47 (3). – P. 24-37.
11. Consideration of reports submitted by States parties under article 35 of the Convention. Initial reports of States parties due in 2011. United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland. United Nations. - 2013. – P. 42. Режим доступу: [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fGBR%2f1&Lang=ru](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fGBR%2f1&Lang=ru).
12. Consideration of reports submitted by States parties under article 35 of the Convention. Initial reports of States parties due in 2011. Czech Republic. United Nations. - 2013. – С. 58. Режим доступу: [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fCZE%2f1&Lang=ru](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fCZE%2f1&Lang=ru).
13. Davis K. A social barriers model of disability: theory into practice. The Emergence of the “Seven Needs” / K.Davis // 1990. Paper prepared for the Derbyshire Coalition of Disabled People. Retrieved March, 25, 2016.
14. Der Bedarf an ambulanter kardiologischer Anschlussrehabilitation in einem grossstadtischen Ballungsgebiet. Ergebnisse des Kolner Modells der ambulanten kardiologischen Rehabilitation / R.Rost, T.Hartmann, G.Horstmann et al. // Zeitschrift für Kardiologie. - 1999. – Vol.88(1). - P. 34-43.
15. Devapitchai K. Action plan for community-based rehabilitation (CBR) in India: focus on culture and participation / K.Devapitchai // Saarbrücken : VDM Verlag, 2010. - 68 p.
16. Effectiveness of vocational rehabilitation following acquired brain injury: preliminary evaluation of a UK specialist rehabilitation programme / L.Murphy, E.Chamberlain, J. Weir [et al] // Brain Injury Brain Inj. - 2006. - 20(11) - P. 1119-1129.
17. Forster A. Community rehabilitation for older people: day hospital or homebased services? / A. Forster, J. Young //Age Ageing. – 2011. - 40 (1). – P. 2-4.
18. Helander E. Prejudice and dignity. An introduction to community-based rehabilitation. / E.Helander // New York. United Nations, 1999. 241p.

19. Herrera-Valdes R., Almaguer-Lopez M. Strategies for national health care systems and centers in the emerging world: Central America and the Caribbean: the case of Cuba / R. Herrera-Valdes, M. Almaguer-Lopez // *Kidney Int Suppl.* - 2005. - № 98. - P. 66-68.
20. Implementation of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Initial reports submitted by States parties under article 35 of the Convention. Sweden. United Nations. - 2012. - P. 4.. Режим доступу: [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=CRPD%2fC%2fSWE%2f1&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=CRPD%2fC%2fSWE%2f1&Lang=en).
21. Initial report submitted by Israel under article 35 of the Convention, due in 2014. United Nations. - 2017. - P. 3. Режим доступу: [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=CRPD%2fC%2fISR%2f1&Lang=ru](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=CRPD%2fC%2fISR%2f1&Lang=ru).
22. Kawski S. Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation in Deutschland. Entwicklungsstand und Perspektiven / S.Kawski, U.Koch // *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* - 2004. - Vol. 47(2). - P. 111-117.
23. Kendall E. The move towards community-based rehabilitation in industrialised countries: are we equipped for the challenge? / E.Kendall, H.Muenchberger, T.Catalano // *Disabil. Rehabil.* - 2009. - Vol. 31, № 26. - P. 2164-2173.
24. Koch U. Bestandsaufnahme und Zukunft der Rehabilitationsforschung in Deutschland / U.Koch, C.Lehmann, M.Morfeld // *Rehabilitation.* - Stuttgart, 2007. - Vol. 46(3). - P. 127-144.
25. Koch U. Weiterentwicklungsmöglichkeiten der ambulanten Rehabilitation in Deutschland / U.Koch, M.Morfeld // *Rehabilitation.* - Stuttgart, 2004. - Vol.43(5). - P. 284-295.
26. Landry M.D., Passalent L.A., Cott C.A. Availability and structure of ambulatory rehabilitation services: a survey of hospitals with designated rehabilitation beds in Ontario, Canada / M.D.Landry, L.A.Passalent, C.A.Cott // *Physiother. Can.* - 2008. - Vol. 60, № 3. - P. 246-254.
27. Lang R. Community-based rehabilitation and health professional practice: developmental opportunities and challenges in the global North and South / R.Lang // *Disabil. Rehabil.* - 2011. - Vol. 33, №2. - P. 165-173.
28. Morfeld M. Ambulante Rehabilitation in Deutschland. Eine Zwischenbilanz und Perspektiven der Weiterentwicklung / M.Morfeld, A.Strahl, U.Koch // *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* - 2011. - Vol. 54(4). - P. 420-428.
29. Predicting charges for inpatient medical rehabilitation using severity, DRG, age, and function / McGinnis G. E., Osberg J. S., DeJong G., Seward M. L., Branch L. // *American journal of public health.* - 1987. - 77(7). - P. 826-829.
30. Stroke rehabilitation in Canada: a work in progress / R.Teasell, M. J.Meyer, N. Foley, K.Salter, D. Willems // *Topics in stroke rehabilitation.* - 2009. - 16(1). - P. 11-19.
31. Svestkova O. Conceptual framework for rehabilitation in the Czech Republic: a proposal / O.Svestkova // *Disabil. Rehabil.* - 2002. - 24 (15). - P. 798-801.
32. Szawlowski K. Medyczo-społeczne aspekty rehabilitacji. Człowiek niepełnosprawny w społeczeństwie/ K. Szawlowski // *Materiały II Kongresu TWK, 1-2 października.* - Warszawa, 1986. - P. 44.
33. Vogel H. Rehabilitation in Germany: new challenges of a structured social security scheme / H.Vogel, J.Zdrahal-Urbaneck // *Int J Rehabil Res.* - 2004. - Vol. 27, № 2. - P. 93-98.
34. Who waits for inpatient rehabilitation services in Canada after neurotrauma? A population-based study. / A.Colantonio, G.Gerber, M.Bayley, R.Deber, H.Kim, J.Yin // *Journal of rehabilitation medicine.* - 2010. - T. 42. - №. 8. - C. 773-779.

#### References

1. Gavryushenko, G. & Koropets, P. (2009). Experience of the EU countries on the issues of rehabilitation of the disabled. *Social policy: problems, comments, answers.* July, No. 7. [Electronic resource]. Access mode: [https://www.dcz.gov.ua/dnp/control/uk/publish/article?art\\_id=12832](https://www.dcz.gov.ua/dnp/control/uk/publish/article?art_id=12832)
2. Demin, A. K., & Lazarenko, A. I. (1990). Features of the organization of medical and social assistance in the Republic of Finland. *Soviet health care.*, 9, 65-69.
3. Yimerly, R. E., Kazachynsky, K. P., Moys, B. S., & Shum, S. S. (2016). The rights of people with mental health problems. Observance of human rights in psychiatric hospitals. Analytical report of the Ukrainian Helsinki Human Rights Union. Ukrainian Helsinki Human Rights Union. K: KIT.
4. Klochkova, E., Tishchenko, M., Kalinina, E., & Andreeva, E. (2019). Health philosophy: from treatment to prevention and healthy lifestyle. A guide for physicians, rehabilitation specialists and students. Liters.
5. Kuzikova, V.V. (1990). Social rehabilitation of disabled people in Eastern Europe. *Sociology in medicine: theoretical and practical aspects*, 2, 31-34.
6. Consideration of reports submitted by States parties under article 35 of the Convention. Initial report of State party due in 2014. Poland. (2015). United Nations. Access mode: [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=CRPD%2fC%2fGBR%2f1&Lang=ru](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=CRPD%2fC%2fGBR%2f1&Lang=ru).
7. Svistunova, E. G. (2002). Legislation in the field of social protection and rehabilitation of disabled people abroad. *Medico-social expertise and rehabilitation*, (1), 39-43.
8. Szawlowski, K. (1983). Medyczo-społeczne aspekty rehabilitacji. Człowiek niepełnosprawny w społeczeństwie. *Materiały II Kongresu TWK, 1-2 października*, 1986, 44.
9. Shostka, G., D., Rasnyansky, V. Yu., & Kvashnin, A. V. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health.* Geneva: WHO.

10. Cassak, D. (1984). Restructuring the health care system : A rep. of the Roy. Soc. 1st conf. on home healthcare and alternate site delivery system. *Health Ind. Today*, 47 (3), 24-37.
11. Consideration of reports submitted by States parties under article 35 of the Convention. Initial reports of States parties due in 2011. United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland. (2013). United Nations. Access mode: [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fGBR%2f1&Lang=ru](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fGBR%2f1&Lang=ru).
12. Consideration of reports submitted by States parties under article 35 of the Convention. Initial reports of States parties due in 2011. Czech Republic. (2013). United Nations. Access mode: [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fCZE%2f1&Lang=ru](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fCZE%2f1&Lang=ru).
13. Davis, K. (1990). A social barriers model of disability: theory into practice. The Emergence of the "Seven Needs" Paper prepared for the Derbyshire Coalition of Disabled People. Retrieved March, 25, 2016.
14. Rost, R., Hartmann, T., Horstmann, G., Koll, U., & Bjarnason-Wehrens, B. (1999). Der Bedarf an ambulanter kardiologischer Anschlußrehabilitation in einem großstädtischen Ballungsgebiet Ergebnisse des Kölner Modells der ambulanten kardiologischen Rehabilitation-Phase II. *Zeitschrift für Kardiologie*, 88(1), 34-43.
15. Devapitchai, K. (2010) Action plan for community-based rehabilitation (CBR) in India: focus on culture and participation. Saarbrücken: VDM Verlag.
16. Murphy, L., Chamberlain, E., Weir, J., Berry, A., Nathaniel-James, D., & Agnew, R. (2006). Effectiveness of vocational rehabilitation following acquired brain injury: preliminary evaluation of a UK specialist rehabilitation programme. *Brain Injury*, 20(11), 1119-1129.
17. Forster, A., & Young, J. (2010). Community rehabilitation for older people: day hospital or home-based services? *Age Ageing*, 40 (1), 2-4.
18. Helander, E. (1999). Prejudice and dignity: an introduction to community-based rehabilitation. New York. United Nations.
19. Herrera-Valdes, R., & Almaguer-Lopez, M. (2005). Strategies for national health care systems and centers in the emerging world: Central America and the Caribbean—The case of Cuba. *Kidney International*, 68, S66-S68.
20. Implementation of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Initial reports submitted by States parties under article 35 of the Convention. Sweden. (2012). United Nations. Access mode: [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fSWE%2f1&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fSWE%2f1&Lang=en).
21. Initial report submitted by Israel under article 35 of the Convention, due in 2014. (2017). United Nations. Access mode: [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fISR%2f1&Lang=ru](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fISR%2f1&Lang=ru).
22. Kowski, S., & Koch, U. (2004). Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 47(2), 111-117.
23. Kendall, E., Muenchberger, H., & Catalano, T. (2009). The move towards community-based rehabilitation in industrialised countries: are we equipped for the challenge?. *Disability and rehabilitation*, 31(26), 2164-2173.
24. Koch, U., Lehmann, C., & Morfeld, M. (2007). Bestandsaufnahme und Zukunft der Rehabilitationsforschung in Deutschland. *Die Rehabilitation*, 46(03), 127-144.
25. Koch, U., & Morfeld, M. (2004). Weiterentwicklungsmöglichkeiten der ambulanten Rehabilitation in Deutschland. *Die Rehabilitation*, 43(05), 284-295.
26. Landry, M. D., Passalent, L. A., & Cott, C. A. (2008). Availability and structure of ambulatory rehabilitation services: a survey of hospitals with designated rehabilitation beds in Ontario, Canada. *Physiotherapy Canada*, 60(3), 246-254..
27. Lang, R. (2011). Community-based rehabilitation and health professional practice: developmental opportunities and challenges in the global North and South. *Disability and rehabilitation*, 33(2), 165-173.
28. Morfeld, M., Strahl, A., & Koch, U. (2011). Ambulante Rehabilitation in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 54(4), 420-428.
29. McGinnis, G. E., Osberg, J. S., DeJong, G., Seward, M. L., & Branch, L. G. (1987). Predicting charges for inpatient medical rehabilitation using severity, DRG, age, and function. *American journal of public health*, 77(7), 826-829.
30. Teasell, R., Meyer, M. J., Foley, N., Salter, K., & Willems, D. (2009). Stroke rehabilitation in Canada: a work in progress. *Topics in stroke rehabilitation*, 16(1), 11-19.
31. Svestkova, O. (2002). Conceptual framework for rehabilitation in the Czech Republic: a proposal. *Disability and rehabilitation*, 24(15), 798-801..
32. Shakhovsky, K.P., Voronov, A.Y., & Yunovid, I.M. (1990). Current trends in the organization of US health care. New organizational forms of medical care on the example of the United States: Review lit. Med. ref. J., 11, 14-17.
33. Vogel, H., & Zdrahal-Urbaneck, J. (2004). Rehabilitation in Germany: new challenges of a structured social security scheme. *International Journal of Rehabilitation Research*, 27(2), 93-98.
34. Colantonio, A., Gerber, G., Bayley, M., Deber, R., Kim, H., & Yin, J. (2010). Who waits for inpatient rehabilitation services in Canada after neurotrauma? A population-based study. *Journal of rehabilitation medicine*, 42(8), 773-779.