

Центр сімейної медицини  
«Формула здоров'я», відділення  
реабілітації, Київ, Україна

**Ключові слова:** онкологія,  
реабілітація, охорона здоров'я,  
соціальне забезпечення,  
соціальна політика, закони,  
накази.

## ОРГАНІЗАЦІЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ І МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ ОНКОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ В УКРАЇНІ

*Проаналізовано хронологію розвитку онкології в Україні з 1918 р. до сьогодні, а також формування в цей період засад реабілітації та соціальної допомоги хворим онкологічного профілю. Нині розроблено законодавчо-нормативну базу реабілітації інвалідів, але, на жаль, відсутні кадрове забезпечення надання послуг саме онкологічним хворим та відповідні нормативні документи. Для оптимізації системи реабілітації пацієнтів онкологічного профілю в Україні потрібно забезпечити три складові організаційної побудови: здійснення практичної взаємодії Міністерства охорони здоров'я та Міністерства соціальної політики; організацію підготовки фахівців з реабілітації онкологічних хворих і кадрове забезпечення цієї роботи; проведення науково-методичних досліджень механізму реабілітаційних процесів у відновленні здоров'я онкологічних хворих.*

9 грудня 1975 р. Генеральна Асамблея ООН прийняла Декларацію про права інвалідів, що лягла в основу Проводу в рамках десятиріччя із забезпечення рівних можливостей для інвалідів (1983–1992): «Метою Всесвітньої програми дій стосовно інвалідів є сприяння ефективним заходам щодо запобігання інвалідності, відновлення працездатності та реалізації цілей «рівність» та «повна участь» інвалідів у соціальному житті та розвитку суспільства» [1].

Резолюцією 54-ї сесії Всесвітньої організації охорони здоров'я у 2001 р. схвалено прийняття Міжнародної класифікації функціонування обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ). В умовах моделі МКФ реабілітація визначається як «скоординований процес, що посилює діяльність і участь людей з обмеженими можливостями для досягнення оптимальної соціальної інтеграції». МКФ трактує поняття «здоров'я» та «інвалідність» у новому аспекті: інвалідність подається як приниження почуття власної гідності людини та гідності в очах інших людей. Крім психологічного аспекту інвалідності, МКФ ураховує соціальні аспекти і не вбачає в інвалідності лише «медичну» та «біологічну» дисфункції [2].

Україна намагається впорядкувати своє законодавство відповідно до стандартів ООН та Ради Європи стосовно прав та соціальних гарантій неповносправних. Верховна Рада України приймає низку законів, що гарантують соціальну захищеність державою цих категорій громадян [1].

Для того щоб з'ясувати відповідність законодавчої бази України реаліям суспільного життя, в умовах якого існують хворі онкологічного профілю, висвітливо історичні аспекти порушеної проблеми та порівняємо законодавчо-нормативні документи

Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) та Міністерства соціальної політики (МСП) України.

Мета дослідження — проаналізувати хронологію і зміст формування та організації роботи органів охорони здоров'я, соціального забезпечення на предмет реабілітації осіб, які перенесли радикальне лікування з приводу онкологічного захворювання в Україні; виявити досягнення та невирішені в Україні проблеми у сфері реабілітації онкоінвалідів.

Для досягнення мети використовувалися історичний, порівняльний і описовий методи та метод емпіричного дослідження, які є універсальними й застосовуються в усіх галузях науки в процесі аналізу як загальних, так і окремих проблем. Аналіз проводився в історичному аспекті.

**Організація медичної допомоги інвалідам, пацієнтам із хронічними хворобами у першій половині ХХ століття.** Організація перших вітчизняних онкологічних установ фіксується з 1903 р., коли в Москві було створено Інститут лікування пухлин як благодійну організацію для допомоги тяжкохворим. Водночас у Санкт-Петербурзі акушерсько-гінекологічне товариство створює Комітет для вивчення та лікування ракових хворих та Єленінську лікарню для бідних жінок — благодійну установу для допомоги хворим на рак [3]. Після 1918 р. формуються основні напрями діяльності радянської системи охорони здоров'я та соціального забезпечення. На базі благодійних установ починається розбудова науково-дослідних онкологічних інститутів у Москві, Ленінграді, Києві, Харкові. Протягом 1920–1934 рр. створювалася система протиракової боротьби, в якій наказами Народного комісаріату охорони здоров'я РРФСР затверджені основні принципи надання онкологічної допомоги

населенню — лікувальна та дослідницька робота в онкології [3].

Аналізуючи наукові праці основоположників організації системи охорони здоров'я того часу [4–6], слід відзначити, що в її основу було покладено такі принципи, як доступність, безкоштовність, кваліфікованість лікарської допомоги.

У нарисах історії охорони здоров'я СРСР (1917–1956 рр.) можемо хронологічно відстежити подальші основні заходи [4]:

- санітарна освіта з профілактики інфекційних хвороб, боротьба з ними; розвиток військово-польової хірургії;
- боротьба з голодом; розвиток санітарно-лікарської справи на підприємствах, боротьба з інфекційними хворобами; відновлення соціального страхування; створення системи санітарного нагляду; створення курортів, відновлення лікарень;
- боротьба за зниження захворюваності з тимчасовою втратою працездатності; боротьба з травматизмом на підприємстві; боротьба з інфекційними хворобами (малярія, туберкульоз, сифіліс, трахома); впровадження спеціалізації медичної допомоги; розвиток сільської медицини; розширення психіатричної служби та медичного обслуговування дітей;
- організація здоров'я пунктів на виробництві для боротьби із захворюваністю робітників; розбудова лікарень у промислових районах та амбулаторно-лікарняних мереж у радгоспах та колгоспах; впровадження санітарної освіти, розвиток санаторно-курортної справи;
- розвиток медичної промисловості для забезпечення медичних установ відповідним обладнанням; боротьба з інфекційними захворюваннями, такими як туберкульоз, трахома, зоб; нагляд за дотриманням санітарних норм; будівництво пологових будинків, молочних кухонь, підвищення матеріальної допомоги породіллям; розвиток охорони праці; організація відпочинку та фізичної культури; поліпшення лікарняної допомоги населенню; впровадження санітарної освіти і розширення санітарно-освітніх заходів; зближення медицини з біологічними й фізико-хімічними науками.

Аналізуючи характер заходів з 1918 по 1939 рр., бачимо, що вони мали завданням забезпечення охорони здоров'я працюючих верств населення, до яких неповносправні особи не входили. Формувалася система державних та громадських заходів, які мали на меті профілактику та лікування хвороб, забезпечення здорових умов праці та побуту, високої працездатності та довголіття людини [3]. Для недієздатних осіб створювалася система соціального забезпечення, яку було спрямовано на виплату їм пенсій, допомог, а також утримання їх у державних будинках інвалідів за кошти страхових кас [7].

Період 1941–1945 рр. є особливим, оскільки пов'язаний не стільки з подальшим розвитком охорони здоров'я, скільки із забезпеченням армії медичною допомогою. Перед системою медичного забезпечення були поставлені завдання: організація госпітальних баз із принципами активного хірургічного втручання, лікувальної фізкультури, трудової терапії, лікувального харчування; перебудова цивільної лікарняної мережі під потреби медичної служби армії; створення медико-санітарних частин на підприємствах; розвиток у хірургії оперативного втручання при складних пораненнях, методів первинної та вторинної обробки ран і боротьби з шоком. Акцентувалася увага на протиепідемічних заходах та організації боротьби з туберкульозом.

Не менш цікавим з історичного погляду є аналіз організації соціального забезпечення, соціальної допомоги особам з обмеженими можливостями у першій половині ХХ століття. Червоний Хрест, який переймався питаннями соціального захисту, соціального забезпечення та реабілітації неповносправних, у 1918 р. перетворився на пролетарську організацію, яка почала виконувати роль підрозділу Мінздорову для здійснення санітарно-профілактичної роботи та оздоровлення працездатного населення, проведення протиепідемічної роботи та нагляду за санітарним станом промпідприємств, виявлення хворих із гарячкою, підготовки санітарних дружин для евакуаційних шпиталів. Як організація, Червоний Хрест мав готувати кадри для оборони [8]. Догляд, підтримка, правовий захист були замінені соціальним патронажем, що виглядав як моніторинг стану життя людини. У суспільстві формувалася концепція, згідно з якою держава забезпечувала соціальну допомогу нужденним.

Аналізуючи діяльність держави у сфері соціального забезпечення, можна зазначити, що адміністративний підхід в управлінні ним призвів до відсторонення не тільки релігійних, громадських, благодійних організацій, приватних осіб, але й органів охорони здоров'я та закладів Міністерства освіти та науки. Народний комісаріат соціального забезпечення в державі перетворився на орган соціального забезпечення осіб з обмеженими можливостями — інвалідів праці та інших категорій. Державне соціальне страхування не забезпечувало повною мірою фінансування потреб неповносправних, тому в 1921 р. було засновано Всеросійське товариство інвалідів-кооператорів (ВІКО) [9], а пізніше (1931 р.) — Раду з працевлаштування інвалідів, яка відповідала за працевлаштування осіб з особливими потребами на промислових підприємствах у кількості до 2% від загальної кількості працівників [10]. Взаємостосунки «працюючих мас» та інвалідів склалися на тлі постійних конфліктів між безробітними та особами з обмеженими можливостями, коли керівництво підприємств вважало, що останні не є кваліфікованими робітниками, і тому частіше приймало на роботу безробітних. Конфлікти

з працевлаштування інвалідів на підприємствах призвели до виникнення їх кооперативів. Такі кооперативи об'єдналися у Раду кооперації інвалідів, діяльність якої курирувала Рада Міністрів, а не Міністерство соціального забезпечення. До кінця 50-х років у СРСР у рамках Промкооперації ще існували 4252 інвалідні артілі, а кількість працюючих інвалідів перевищувала 220 тис. осіб. Обсяг валової продукції цих артілей у 1960 р. досяг 22 млрд карбованців [9]. Цей позитивний напрям трудової реабілітації інвалідів проіснував до 1960 р., проте не мав подальшого розвитку [9]. У суспільстві щодо інвалідів була сформована думка, що для них будь-яка форма трудової діяльності може бути пов'язана тільки з «трудою терапією», виконанням низькокваліфікованої праці, але не з повноцінною інтеграцією в суспільне життя держави. За цей період не вжито заходів із відновлення стану здоров'я непрацездатних, також не виділено групи інвалідів та хворих на онкологічні захворювання.

**Організація медико-соціальної допомоги інвалідам, пацієнтам із хронічними хворобами та їх реабілітація у другій половині ХХ — на початку ХХІ століття.** У перші дні після закінчення Другої світової війни виходить Наказ Народного комісаріату охорони здоров'я СРСР від 24.05.1945 р. № 323 «Заходи щодо покращення онкологічної допомоги населенню та посилення наукових досліджень в онкології», а пізніше (1956 р.) — Наказ міністра охорони здоров'я від 25 січня № 19-м «Заходи щодо покращення онкологічної допомоги населенню та посилення наукових досліджень в онкології», у яких йдеться про профілактичні огляди, ранню діагностику, комбіноване лікування онкологічних хворих та про спеціалізацію, вдосконалення підготовки лікарів з онкології. Серед досягнень у наказі виділено вивчення етіології, патогенезу злоякісних пухлин, розробку нових методів хіміотерапії, променевої терапії та ефективних профілактичних протипухлинних заходів. Для поліпшення протипухлинних заходів планувалося організувати спостереження за хворими з передпухлинними захворюваннями. 12–19 березня 1946 р. ухвалено рішення на період 1946–1956 рр., які мали на меті спрямовувати діяльність органів влади у забезпеченні охорони здоров'я «працюючих мас». Серед цих заходів: «...відновлення мережі будинків відпочинку та санаторіїв для робітників, селян та інтелігенції; забезпечення медичним обслуговуванням інвалідів Вітчизняної війни лікарнями, будинками відпочинку та санаторіями; забезпечення виробництва протезів високої якості; збільшення виробництва лікарських засобів; об'єднання поліклінік та лікарень; посилення боротьби з туберкульозом; підвищення якості санітарного нагляду; забезпечення підготовки фахівців для органів охорони здоров'я; проведення заходів з розвитку онкологічної допомоги, що включає ранню діагностику раку, виявлення передракових захворювань, лікування раку та проведення наукових досліджень у галузях етіології, патогенезу, лікування злоякісних пухлин».

У 50-х роках починається розробка проблеми «Злоякісні новоутворення», створюється Всесоюзне наукове товариство онкологів (1953 р.), завданням якого було організувати та проводити з'їзди, конференції та симпозиуми, визначати основні напрями подальшого розвитку онкології, проводити роботу з підготовки та спеціалізації кадрів. Крім профілактичної роботи, ранньої діагностики та лікування злоякісних пухлин, з 1953 р. вводиться онкологічна статистика, яка забезпечує збір, зберігання, обробку та оперативне використання даних захворюваності та смертності населення СРСР від злоякісних пухлин [11]. Варто підкреслити, що серед 170 джерел (а це основні практикуми, монографії та деякі брошури) з онкології, які були видані з 1917 по 1957 р., не було жодного з відновлювальної медицини та реабілітації хворих онкологічного профілю [12–14].

1 вересня 1966 р. Міноздорів СРСР видано наказ «Про заходи з розвитку відновлюваного лікування у закладах (за ортопедо-травматологічним, нейрохірургічним і неврологічним профілем)», у якому акцентувалася увага на створенні спеціалізованих центрів відновлювального лікування на базі багатопрофільних лікарень. Передбачено широке використання методів відновлювального лікування шляхом організації відповідних відділень при великих поліклініках, лікарнях, а також самостійних клінік. Система такої медицини забезпечувала відновлення здоров'я лише робітників, які працювали на державних підприємствах та в сільському господарстві, військовослужбовців. У визначенні відновлювальна медицина подається як самостійний науково-профілактичний напрям, заснований на принципах санології, концепціях професійного здоров'я та здоров'я здорової людини.

Фахівці-онкологи США провели чотири конференції, на яких було порушено питання про реабілітацію пацієнтів онкологічного профілю [15]. Національний інститут раку США підготував Національну програму профілактики раку та реабілітації онкологічних хворих. Сенат США в 1971 р. законодавчо її затвердив. Цей документ задекларував реабілітацію як існуючий напрям, визначив принципи фінансування науково-дослідних проектів та проведення тренінгів для фахівців, які працюють у сфері реабілітації хворих цієї категорії [15]. Одночасно з виникненням реабілітаційного напрямку в онкології з'являється необхідність лікування психологічного стану хворих онкологічного профілю та їх родин. У 1970 р. J.C. Holland запропонувала адаптувати методики психіатричної діагностики та лікування до пацієнтів з онкологічною патологією і створила психіатричну службу. Пізніше (1989 р.) цей напрям був реформований у психоонкологію [15].

У 1972 р. Національний інститут раку США провів конференцію з питань розвитку реабілітації в онкології, на якій було затверджено нові рівні реабілітації: психосоціальна підтримка,

емоційна рівновага, оптимізація тілесного функціонування, консультування з вибору професії, соціальна адаптація та соціально-побутова реабілітація. На той час реабілітацію онкологічних хворих визначали як процес, що дозволяє пацієнту досягти максимального тілесного, психологічного та професійного функціонування з одночасним обмеженням поширення процесу, ефективним лікуванням, профілактикою розвитку метастазів і рецидивів захворювання [16].

У той час, коли в США проходили заходи щодо затвердження реабілітації онкологічних хворих, видається Наказ міністра охорони здоров'я СРСР від 29.04.1976 р. № 425 «Про заходи з подальшого поліпшення та розвитку онкологічної допомоги населенню» та відповідний наказ МОЗ УРСР від 25.06.1976 р. № 400, які законодавчо підтверджують непохитність основних засад онкологічної допомоги населенню: проведення профілактичних заходів щодо запобігання виникненню злоякісних пухлин, ранньої діагностики та хірургічного, хіміотерапевтичного, променевого лікування. Інші форми роботи з хворими на рак як на рівні охорони здоров'я, так і соціального забезпечення законодавчо не були оформлені [11]. Одним із перших учених-онкологів, який підняв питання про реабілітацію хворих онкологічного профілю у СРСР, був В.Н. Герасименко, який вказав на необхідність реабілітації як складової комплексу терапевтичних заходів [17].

У 1978 р. в Ленінграді проведено перший Всесоюзний симпозиум «Вдосконалення методів реабілітації онкологічних хворих», на якому були представлені наукові праці з реабілітації таких пацієнтів. На симпозиумі розглядалися соціально-економічні питання реабілітації хворих онкологічного профілю, оцінки їх психологічного стану у процесі лікування, а також вивчався період реадaptaції до колишнього способу життя, роботи й стосунків у родині. Зроблено спробу створити єдину теорію, що дозволяла б розглядати весь процес реабілітації з позиції інтересів хворого. Результатом цього симпозиуму стало видання Науково-дослідного інституту онкології ім. М.М. Петрова збірника «Реабілітація онкологічного хворого». Квінтесенцією цієї наукової праці була концепція, за якою реабілітація являє собою синтез різних знань — медичних, психологічних і соціальних [18].

Другий науковий форум — республіканська конференція з реабілітації хворих зі злоякісними новоутвореннями — відбувся у Вінниці (1982 р.) [19].

В Україні в 70-х — 80-х роках ХХ століття питаннями реконструктивної хірургії, що лежать в основі медичної реабілітації онкологічних хворих, переймався академік НАМН України Г.В. Бондар та його учні [20]. Ю.І. Яковець у своїй докторській дисертації розкрив умови забезпечення медичної реабілітації хворим на рак прямої кишки, розкривши способи та оперативні прийоми оперативного втручання,

розширив показання до сфінктерзберігаючих операцій, що мало велике значення для професійного відновлення та соціальної інтеграції пацієнтів. Крім вибору тактики оперативного лікування залежно від локалізації пухлини, Ю.І. Яковець запропонував дефініції медичної реабілітації в онкопроктології, що надало можливість розмежувати лікувальні та реабілітаційні заходи [21]. Таким чином, незалежно від затверджених стандартів надання онкологічної допомоги населенню, вчені-онкологи почали вивчати реабілітаційну складову онкології.

15 жовтня 1988 р. видано Постанову Ради Міністрів СРСР «Питання Радянського фонду милосердя і здоров'я», згідно з якою цьому фонду дозволялося створювати в установленому порядку підприємства та організації, необхідні для реалізації завдань, передбачених його статутом [22]. Серед засновників фонду — МОЗ, Союз товариств Червоного Хреста і Червоного Півмісяця, Академія медичних наук, Державний комітет з праці і соціальних питань, інші державні та громадські організації. У 1990 р. набув чинності Закон «Про засади соціальної захищеності інвалідів у СРСР», в якому мова йшла про медичну, професійну та соціальну реабілітацію інвалідів, що проводиться відповідно до індивідуальної програми реабілітації [23].

У 1989 р. Радянський фонд милосердя та здоров'я створив першу установу, яка займалася реабілітацією хворих онкологічного профілю. Ця установа — науково-практичне медико-соціальне об'єднання «АРГУС» — була створена в Україні, а саме в Херсоні, з філіями в Києві, Донецьку, Новосибірську та Дніпродзержинську. Структуру зазначеного об'єднання наведено на рисунку [24].

Медична реабілітація	Трудова реабілітація	Соціальна реабілітація
1. Стационар/клініка	1. Виробничі майстерні	1. Відділення соціальної допомоги
2. Мобільні діагностичні групи	2. Торгівля	2. Клуб онкоінвалідів
3. Реабілітаційне відділення	3. Виробничі цехи	3. Курси з підготовки соціальних працівників
4. Медичні пункти у виробничих цехах	4. Зовнішньо-економічна діяльність	
	5. Біржа/брокерська контора	
	6. Науково-дослідна лабораторія	

**Рисунок.** Структура науково-практичного медико-соціального об'єднання для реабілітації хворих онкологічного профілю [24]

Одним із перших законів, прийнятих у незалежній Україні, став Закон «Про соціальну захищеність інвалідів в Україні», розроблений на основі згаданого вище закону СРСР 1989 р., з якого було вилучено розділ про підготовку фахівців у галузі реабілітації інвалідів [25]. За цим законом забезпечувалися соціальні гарантії інвалідам у наданні їм робочих місць

на підприємствах і в організаціях за квотою 5%, а потім і 4%. Але законом не передбачалося створення умов для розвитку реабілітаційних заходів не тільки як процесу інтеграції інвалідів у суспільство, але й як наукового напрямку. Згідно із зазначеним законом громадським організаціям інвалідів рекомендувалося впровадження заходів з їх реабілітації [25].

Допомогу хворим на рак надавали і продовжують надавати через систему онкологічних закладів різного рівня. Стан та шляхи вдосконалення такої допомоги є однією з актуальних соціальних і медичних проблем в Україні. Майже відразу після прийняття Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» МОЗ підготувало Наказ від 30.12.1992 р. № 208 «Про удосконалення онкологічної допомоги населенню України» [26]. Головними завданнями цього наказу були профілактика, діагностика та лікування пацієнтів з онкологічними захворюваннями без урахування реабілітації.

Наприкінці 90-х років ХХ століття виникає потреба в створенні та організації реабілітаційних центрів. 11 червня 1999 р. спільним наказом Мінпраці, Міносвіти та МОЗ України затверджується Типове положення про центр професійної, медичної та соціальної реабілітації інвалідів [27]. Прийняття названих вище закону і типового положення створило умови для надання медико-соціальної допомоги інвалідам, спеціалізованих реабілітаційних послуг неповносправним, хворим з різною патологією. Отже, початок ХХІ століття в Україні можна охарактеризувати як період створення умов для впровадження реабілітації неповносправних, але до складу останніх онкоінваліди знову не потрапили, надання реабілітаційних послуг їм не передбачалося.

Починаючи з 2000 р., неодноразово порушувалося питання про розвиток реабілітації онкологічних хворих, кількість яких постійно збільшувалося. У 2012 р. на обліку в онкодиспансерах перебувало більше 1 млн хворих. Але для системи охорони здоров'я України, втім, як і для всіх колишніх країн СРСР, проблема реабілітації онкологічних хворих як з наукового, так і з практичного погляду залишилася невирішеною.

29 березня 2002 р. Кабінет Міністрів України (КМУ) затвердив Постанову № 392 «Про Державну програму «Онкологія на 2002–2006 роки». Серед цілей та основних завдань визначено проведення наукових досліджень з найактуальнішої проблеми онкології — реабілітації онкологічних хворих. У подальшому КМУ прийняв Державну програму «Онкологія» на 2009–2016 рр. (№ 1794-VI), у якій зазначається спрямованість на створення системи медичної, соціальної, психологічної та санаторно-курортної реабілітації хворих зі злоякісними новоутвореннями шляхом перепрофілювання існуючих закладів охорони здоров'я та забезпечення наукового супроводу, у тому числі проведення наукових досліджень із метою розробки сучасних методів організації онкологічної допомоги. КМУ затвер-

див також Державну програму «Дитяча онкологія» на 2006–2010 рр. В обґрунтуванні прийняття цієї програми вказувалося на відсутність системи реабілітації, реінтеграції дітей у суспільство. На жаль, аналізуючи наявні законодавчі матеріали щодо організації та впровадження реабілітації онкологічних хворих, можна відмітити дисонанс між державними програмами «Онкологія» та наказом МОЗ України від 1992 р. № 208, який діє і на цей час. Нормативи у сфері реабілітації інвалідів за лікарською спеціальністю «Онкологія» відсутні в переліку МОЗ 2007 р. лікарських спеціальностей, яким було затверджено державні соціальні нормативи у сфері реабілітації інвалідів (Наказ МОЗ України від 18.06.2007 р. № 336 «Про затвердження державних соціальних нормативів у сфері реабілітації інвалідів»).

Певний законодавчий прорив у галузі реабілітації хворих онкологічного профілю стався, коли в Україні прийняли Закон «Про реабілітацію інвалідів в Україні» (06.10.2005 р.) та вийшла Постанова КМУ «Про затвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів» (08.12.2006 р.), у додатку до якої міститься «Перелік послуг, які надаються інвалідам з онкологічними захворюваннями». Проте реабілітація онкологічних хворих та інвалідів відповідно до вказаного закону передбачає затвердження індивідуальної програми реабілітації, розробку і оформлення якої покладено на лікарів, що створює низку проблем.

Відповідно до постанови КМУ від 8 грудня 2006 р. № 1686 координація та контроль щодо виконання Державної типової програми реабілітації, покладено на Мінпраці (нині — МСП). Якщо питання медичної реабілітації прописані за лікувально-профілактичними закладами, спеціалізованими відділеннями, клініками інститутів, санаторно-курортними закладами, що належать МОЗ, то лікарі-експерти МСП мають можливість надати рекомендації при оцінюванні стану хворого/інваліда. Програмні завдання, які є складовою психолого-педагогічної та фізичної реабілітації, соціальної роботи, трудової та професійної реабілітації онкологічних хворих, не можуть бути прописані через відсутність фахівців від МСП, які мали б професійну підготовку з реабілітації інвалідів, що перенесли стандартне лікування з приводу злоякісних новоутворень.

Таким чином, аналіз ситуації щодо організації реабілітації в Україні хворих онкологічного профілю вимальовує картину недооцінки органами і установами МОЗ впровадження відновлення фізичного, психічного стану та інтеграції в суспільне життя таких людей. Водночас у системі МСП розроблено законодавчо-нормативну базу реабілітації інвалідів, але, на жаль, відсутнє кадрове забезпечення надання послуг онкологічним хворим. Для створення системи реабілітації онкологічних хворих в Україні потрібні три складники організаційної побудови: здійснення практичної взаємодії МОЗ та МСП; організація підготовки фахівців з реабілітації

онкологічних хворих та кадрове забезпечення онкологічних та реабілітаційних установ; проведення науково-методичних досліджень механізму реабілітаційних процесів у відновленні здоров'я онкологічних хворих.

Автор висловлює щиру вдячність за поради при підготовці статті професору Н.М. Бережній і професору О.В. Сергієні.

### СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Права інвалідів в Україні. Збірник правових документів. К.: Сфера, 1998. 300 с.
2. World Health Organisation [Електронний ресурс]. ICF: International Classification of Functioning and Disability and Health, 2001 (<http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>).
3. Блохин НН. 50 лет Советской онкологии. Хирургия, 1967; (10): 3–9.
4. Очерки истории здравоохранения СССР (1917–1956 гг.) Москва: Медгиз, 1967. 394 с.
5. Семашко НА. Очерки по теории организации Советского здравоохранения. Москва: Изд-во АМН СССР, 1947. 47 с.
6. Виноградов НА. Основные принципы советского здравоохранения. Москва: Медгиз, 1964. 44 с.
7. Вигдорчик НА. Что такое инвалидность и в чем заключается экспертиза инвалидности. Изд. 2-е. Москва: Вопросы труда, 1925. 32 с.
8. Кушнір Є. Основні завдання Червоного Хреста. К.: Ред-видав ЦКУЧХ, 1935. 16 с.
9. Каменская О. «Не везет им в смерти»? Судьба инвалидов кооперативов в России. Отечественные записки 2004; 2 (16) (<http://www.strana-oz.ru/2004/2/ne-vezet-im-v-smerti---sudba-invalidnyh-kooperativov-v-rossii>).
10. Горілий АГ. Історія соціальної роботи: навч. посіб. Тернопіль: Астон, 2004. 174 с.
11. Сборник официальных инструктивно-методических указаний по организации онкологической помощи, профилактики, диагностики и лечения злокачественных опухолей и предопухолевых заболеваний. Л.: Медицина, 1984. 280 с.
12. Петров НН. Обзор достижений Советской онкологии. В: Достижения советской медицинской науки за 30 лет. Москва: Изд-во АМН СССР, 1947: 403–17.
13. Петров НН, Петров ЮВ. 40 лет Советской онкологии, 1957; 3 (5): 515–32.
14. Шевченко ИТ, Корневский ЛИ, Ручковский БС. Пути развития онкологии в Украинской ССР за 40 лет (1917–1957 гг.). В: Впр онкол 1958; 4 (4): 501–4.
15. Онкологія. Вибрані лекції для студентів і лікарів./ Під ред.: ВФ Чехуна. Київ: Здоров'я України, 2010. 768 с.
16. Cancer Rehabilitation (<http://www.medceu.com/tests/cancerrehab.htm>).
17. Герасименко ВН. Реабилитация онкологических больных. Москва: Медицина, 1977. 144 с.
18. Реабилитация онкологического больного. /Под ред.: НП Напалкова. Л.: Медицина, 1979. 156 с.
19. Реабилитация больных злокачественными новообразованиями. Республиканская научная конференция. Винница, 27–28 мая 1982 г. Тез докл. 232 с.
20. Реабилитация больных раком прямой кишки. Методические рекомендации. МЗ УССР. Киев, 1984. 24 с.
21. Яковец ЮИ. Хирургические аспекты реабилитации больных раком прямой кишки. Автореф дис....докт. мед.

наук. Донецк: Донецкий медицинский институт им. М. Горького, 1989. 306 с.

22. Собрание постановлений правительства Союза Советских Социалистических Республик. Ст. 99. Вопросы Советского фонда милосердия и здоровья, 1988; (35): 603–610.

23. Постанова Кабінету Міністрів СРСР від 11 грудня 1990 р. № 51 Про введення в дію Закону СРСР «Про основні засади соціальної захищеності інвалідів в СРСР». В: Відомості З'їзду народних депутатів СРСР і Верховної Ради СРСР, 1990; 51: ст.1116.

24. Мисяк С. Практическое пособие по медицинской, социальной и трудовой реабилитации онкологических больных и инвалидов. Изд 2-е, расширенное и дополненное. Херсон: Айлант, 2002. 216 с.

25. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» від 21.03.1991 № 875-ХІІ. В: Відомості Верховної Ради УРСР (ВВР), 1991; (21): ст. 252 (<http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/875-12>).

26. Проект нової редакції наказу МОЗ України від 30.12.1992 № 208 «Про удосконалення онкологічної допомоги населенню України» ([www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua)).

27. Про затвердження Типового положення про центр професійної, медичної та соціальної реабілітації інвалідів. Наказ Мінпраці, Міносвіти, МОЗ, Фонду України соціального захисту інвалідів 11.06.99 № 96/187/146/55 (<http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0412-99>).

### ORGANIZATION OF REHABILITATION AND MEDICO-SOCIAL ASSISTANCE TO ONCOLOGICAL PATIENTS IN UKRAINE

S.A. Misiak

**Summary.** *The chronology of the development of oncology in Ukraine from 1918 to the present time and the bases of rehabilitation and social care for patients with cancer in this period were analyzed. Today, in general, legislative basis rehabilitation of the disabled was developed, but, unfortunately, no staffing provision of services for cancer patients and their respective regulatory documents. To optimize the system of rehabilitation in Ukraine cancer patients need to ensure that the three components of the organizational structure: implementation of practical interaction of the Ministry of health and Ministry of social policy; organization of training of specialists in rehabilitation of cancer patients and personnel support this work; carrying out scientific-methodological research of the mechanism of rehabilitation processes in the restoration of the health of cancer patients.*

**Key Words:** oncology, rehabilitation, health care, social security, social policy, laws, orders.

**Адреса для листування:**

Мисяк С.А.

Київ, 04060, вул. Максима Берлінського, 23/8

Центр сімейної медицини «Формула здоров'я»

E-mail: [misiyak@gmail.com](mailto:misiyak@gmail.com)

Одержано: 14.08.2013