

І.В. Микичак¹,
Р.Я. Перепелична¹,
І.С. Борисова^{2*}

ДОРОЖНЯ КАРТА РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ УКРАЇНИ

Міністерство охорони здоров'я України¹
вул. Грушевського, 7, Київ, 01601, Україна
Дніпровський державний медичний університет²
вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна
Ministry of Health of Ukraine¹
Hrushevskoho str., 7, Kyiv, 01601, Ukraine
Dnipro State Medical University²
V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine
*e-mail: doctorinnaborisova1@gmail.com

Цитування: *Медичні перспективи*. 2022. Т. 27, № 1. С. 193-198

Cited: *Medicni perspektivi*. 2022;27(1):193-198

За оцінками ВООЗ, понад мільярд людей, або близько 15% населення світу, живуть з певною формою інвалідності [1]. В Україні станом на 1 січня 2021 року, за даними Держкомстату, налічується 2 мільйони 703 тисячі людей з інвалідністю, у тому числі 222,3 тис. осіб з I групою інвалідності; 900,8 тис. осіб з II групою інвалідності; 1416,0 тис. осіб з III групою інвалідності та 163,9 тис. дітей з інвалідністю [9]. При цьому визначення ступеня обмеження життєдіяльності, причини, час настання інвалідності та визначення групи інвалідності покладено на медико-соціальні експертні комісії, а в дітей – на лікарсько-консультативні комісії закладів охорони здоров'я [3]. На шляху покращення якості життя осіб з інвалідністю, задля сприяння проведенню ефективних заходів щодо профілактики інвалідності, реабілітації осіб з інвалідністю, задля пристосування їх до суспільного життя Кабінет Міністрів України поставив перед системою медико-соціальної експертизи зрозуміле завдання – розроблення чітких критеріїв установлення інвалідності на основі принципів міжнародних класифікацій [7]. Це завдання зумовлено низкою причин. На сьогодні система медико-соціальної експертизи (МСЕ) працює за нормативними документами, які були прийняті в 90-х роках минулого сторіччя, у зв'язку з чим основні засади проведення експертизи не відповідають реаліям розвитку медичної галузі в державі. Також на сьогодні в системі МСЕ не існує єдиних підходів наступності визначення порушень критеріїв життєдіяльності для дітей з інвалідністю і дорослих, що неприпустимо. Існуючі критерії інвалідності для дорослих не

враховують впливу на життєдіяльність особи з інвалідністю факторів навколишнього середовища.

Існуючі сьогодні підходи системи МСЕ до реабілітації хворих й осіб з інвалідністю не відповідають необхідності раннього включення пацієнта в процес медичної, фізичної, професійної та соціальної реабілітації. Все це створює підґрунтя до кваліфікації служби її споживачами як непрозорої та незрозумілої. Таким чином, у зв'язку з обранням Україною напряму європейських цінностей – прихильності до законів гарантованого обсягу медичної та реабілітаційної допомоги хворим та особам з інвалідністю – виникає нагальна необхідність реформи системи МСЕ.

У зв'язку з вищевикладеним, на виконання доручення Прем'єр-міністра України Шмигала Д.А. від 01.09.2020 р. № 36626/0/1-20 та протокольного рішення наради МОЗ України з питань організації роботи медико-соціальної експертизи від 11 серпня 2020 р., у Міністерстві охорони здоров'я було створено робочу групу з розробки реформи системи МСЕ, куди було залучено як фахівців МСЕ, так і представників інших відомств: Міністерства соціальної політики, фондів соціального страхування, фахівців військово-лікарських комісій, лікарів, спеціалістів щодо реабілітації – ерготерапевтів, фізичних терапевтів, реабілітологів [4, 5, 10]. Робочою групою було проаналізовано показники первинної інвалідності дорослого та працездатного населення України, а також методичні документи, які регламентують проведення МСЕ в державі з урахуванням світового досвіду проведення

процедури експертизи здоров'я і визначення статусу «людина з інвалідністю».

За результатами роботи робочої групи, наприкінці 2021 р. в МОЗ України відбулася нарада з питань реформування МСЕ, де було представлено Дорожню карту реформування цієї системи. Учасниками були: радник-уповноважений Президента України з питань безбар'єрності Тетяна Ломакіна, заступник Міністра охорони здоров'я України Ірина Микичак, заступник міністра соціальної політики Віталій Музиченко, генеральний директор Директорату якості життя МОЗ Андрій Гаврилюк, керівник експертної групи з питань МСЕ Директорату якості життя МОЗ Рената Перепелична, головний лікар Центральної МСЕК МОЗ України Володимир Маруніч та головні лікарі обласних, Київського міського центрів/бюро МСЕ, наукові співробітники Державної установи «Український державний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України» (УкрДержНДІ МСПІ, м. Дніпро), Науково-дослідного інституту реабілітації осіб з інвалідністю Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (НДІ РОІ, м. Вінниця) та кафедри медико-соціальної експертизи і реабілітації Дніпровського державного медичного університету (ДДМУ, м. Дніпро). Фахівці медико-соціальної експертизи, як спеціалісти, які займаються питаннями соціального захисту найнезахищеніших верств населення, зібралися, щоб намітити кроки покращення надання їм реабілітаційних послуг та оптимізувати шляхи визначення статусу «людина з інвалідністю». У вступному слові Тетяною Ломакіною було наголошено на важливості питань безбар'єрності для осіб з інвалідністю. Ініціатором створення цього органу була Олена Зеленська при розробленні проекту Національної стратегії зі створення безбар'єрного простору в Україні. Метою створення Ради є організація контролю виконання Національної стратегії щодо створення безбар'єрного простору в державі для покращення якості життя осіб з інвалідністю.

Аналіз результатів роботи щодо вивчення світового досвіду комісійного визнання особи «людиною з інвалідністю» висвітлила у своїй доповіді заступниця директора УкрДержНДІ МСПІ МОЗ України к.м.н. Олена Мороз.

Результати роботи робочої групи реформування системи МСЕ з пріоритетним науково-методичним та соціальним напрямом було висвітлено у вигляді Дорожньої карти «Від скомп'юрованої системи МСЕКів – до компетентного підходу експертизи здоров'я» групою

авторів: Іриною Микичак (МОЗ України), Ренатою Перепеличною (МОЗ України) та завідувачкою кафедри МСЕ і реабілітації ДДМУ професором Інною Борисовою. Головною метою перетворень системи МСЕ визначено: спрямованість системи МСЕ на прозорість, компетентність, зрозумілість, доступність, орієнтація на світовий досвід та досягнення сучасної науки й доказової медицини. Основними задачами реформування визначено:

1. Раннє включення в реабілітацію осіб з порушеннями функціонування на основі мультидисциплінарного підходу.

2. Створення автоматизованої системи об'єктивного визначення об'єму порушення функціонування людини, встановлення необхідності реабілітації та статусу «людина з інвалідністю».

3. Перехід з «пострадянських» критеріїв інвалідності до категорій Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ). Все це можливо за умов створення дієвої Національної служби експертизи здоров'я України (НСЕЗ).

НСЕЗ стане центральним органом виконавчої влади, який реалізуватиме державну політику у сфері експертизи здоров'я громадян та реабілітації осіб з обмеженням функціонування та осіб з інвалідністю. Діяльність НСЕЗ спрямовується й координується МОЗ. НСЕЗ забезпечуватиме: проведення експертизи здоров'я громадянам України, що досягли повноліття, потерпілим від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, особам з інвалідністю та дітям до 18 років з метою встановлення ступеня обмеження життєдіяльності, причини, часу настання інвалідності, а також компенсаторно-адаптаційних можливостей особи, реалізація яких сприяє ранньому (своєчасному) включенню їх в медичну, психолого-педагогічну, професійну, трудову, фізкультурно-спортивну, фізичну, соціальну та психологічну реабілітацію. Основними завданнями НСЕЗ стануть:

1. Реалізація державної політики у сфері експертизи здоров'я осіб з обмеженнями життєдіяльності та дітей з порушеннями функціонування.

2. Виконання функцій проведення експертизи здоров'я, раннього (своєчасного) призначення реабілітаційних послуг і контроль їх ефективності особам з порушенням функціонування ще до настання інвалідності.

3. Подання на розгляд міністру охорони здоров'я пропозицій щодо забезпечення державної політики у сфері експертизи здоров'я та реабілітації громадян України.

Важливо підкреслити, що проведення експертизи здоров'я повинно залишитися і в майбутньому безоплатною для громадянина послугою і не повинно належати до пакетів медичних послуг. У той же час інвалідність не може й не повинна бути засобом до отримання пільг, а повинна розглядатися як можливість реалізації залишкового потенціалу людини з інвалідністю для самореалізації і соціалізації. Такі перетворення можливі лише після впровадження в медицині і, зокрема, у медико-соціальної системі Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF) (МКФ) [4, 6, 17].

У зв'язку з вищезазначеним, пріоритетним напрямом реформування системи МСЕ вибрано розробку нових зрозумілих і єдиних критеріїв визначення наявних у пацієнта порушень життєдіяльності як ознак інвалідності на основі постулатів біопсихосоціальної моделі МКФ. Ця класифікація була одностайно схвалена Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я у 2001 році, і саме вона може бути використана для опису та вимірювання здоров'я й ознак інвалідності в нашій державі [17]. Відомо, що МКФ застосована ВООЗ для діагностики стану здоров'я громадян понад 71 країни в рамках Міжнародного дослідження здоров'я населення світу у 2000-2001 рр. та в аналогічній програмі у 2002-2003 рр. Ця класифікація представляє загальну основу для розуміння та опису функціонування особи й ознак інвалідності. Відсутність в Україні на сьогодні досконалого інструментарію для оцінки функціонування, життєдіяльності, здоров'я призводить до того, що ми й досі користуємося застарілою медичною моделлю оцінювання інвалідності, за якою інвалідність визначається як ступінь втрати здоров'я. У той же час, відповідно до сучасних уявлень розуміння інвалідності, саме МКФ може використовуватися в клінічних умовах для оцінки функціонального стану організму будь-якої особи, при постановці завдань, плануванні та моніторингу лікування, для вимірювання результатів лікування, у тому числі результатів реабілітації особи з інвалідністю. Особливістю цієї класифікації є те, що в ній пропонується розглядати поняття «здоров'я» та «інвалідність» у новому світлі: кожна людина може зазнати погіршення стану здоров'я, тобто має на увазі певний ступінь обмеження її можливостей. Відповідно до МКФ, обмеження можливостей чи працездатності не є явищем, характерним лише для невеликої групи населення. Отже, обмеження

функціонування чи працездатності визнається як універсальний людський досвід. Зміщуючи фокус від причини захворювання до його наслідків, МКФ дозволяє проводити оцінку різних рівнів здоров'я за універсальною шкалою здоров'я та інвалідністю. Більше того, МКФ ураховує соціальні аспекти інвалідності та не розглядає інвалідність лише як «медичну» чи «біологічну» дисфункцію. Важливо, що завдяки МКФ (контекстні чинники) лікар може врахувати вплив довкілля на життєдіяльність людини та його внесок у формування ознак інвалідності. При вирішенні питань соціальної політики МКФ може використовуватись при описанні критеріїв певних груп інвалідності; при вирішенні питань дискримінації осіб з інвалідністю – індикатор формування політики викорінення таких проявів щодо непрацездатних груп населення. Це можливо у зв'язку з тим, що інтегрована біопсихосоціальна модель функціонування та обмеження життєдіяльності як основа МКФ ураховує проведення експертизи здоров'я не тільки як медичну складову – діагноз, що в МКФ відповідає «структурам» та «функціям організму», а робить акцент на «участі» й «активності» особи в соціумі: на його професійній можливості, здатності до пересування та до самообслуговування, здатності до комунікації та навчання. Використання МКФ також дозволить вимірювати особистісні фактори людини з інвалідністю і, що дуже важливо, контекстні фактори – архітектурні споруди – саме ті бар'єри на шляху соціалізації осіб з інвалідністю, які запропоновано врахувати при проведенні експертизи здоров'я реформованою системою. На шляху реформи системи МСЕ для експертизи здоров'я та визначення ступеня порушення функціонування людини дуже важливе значення має визначення кваліфікаторів за МКФ. Кваліфікатори МКФ можуть бути описані методом клінічного моніторингу, оскільки рівень функціонування може бути описаний і виміряний у стандартизованому середовищі (стаціонарі) та/або в повсякденному середовищі (амбулаторний нагляд) [11]. Кваліфікатори за МКФ дозволяють кількісно оцінити масштаб проблеми, навіть у тих сферах функціонування, де особа, що проводить експертизу здоров'я, не є медичним фахівцем [15]. Потрібно підкреслити, що без кваліфікаторів експертизу здоров'я провести неможливо. Погіршення або обмеження життєдіяльності кваліфікується за МКФ як: від 0 до 4% – немає проблем з функціонуванням (0 ступінь порушень життєдіяльності); від 5 до 24% – мінімальний ступінь обмеження функціонування (1

ступінь порушень життєдіяльності); від 25 до 49% – помірний ступінь обмеження функціонування (2 ступінь порушень життєдіяльності); від 50 до 95% – тяжкий ступінь обмеження функціонування (3 ступінь порушень життєдіяльності); від 96 до 100% – повне обмеження функціонування (4 ступінь порушення життєдіяльності) [17]. Отже, запровадження математичного, цифрового опису порушених функцій особи сприятиме об'єктивізму оцінки стану пацієнта і зробить експертизу здоров'я зрозумілою і прозорою [12, 13].

Таким чином, з урахуванням положень МКФ будуть законодавчо та нормативно визначені рамки для опису критеріїв порушення функціонування та обмеження життєдіяльності як "універсальна" мова – у вигляді системи буквених кодів для визначення ознак інвалідності. Такі чіткі й зрозумілі критерії «людина з інвалідністю» на основі категорій МКФ стануть запорукою об'єктивності й достовірності оцінки стану здоров'я.

Робочою групою запропоновано також і оновлені етапи визначення порушень функціонування. Важливим досягненням стане можливість громадянина самостійно звертатися на експертизу здоров'я. Дотепер громадянин міг це зробити через заклад охорони здоров'я та ще певну кількість організацій, що значно подовжувало шлях пацієнта й інколи становило до пів року. Важливо, що пацієнт, який працює, може звернутися на експертизу здоров'я лише через 120 днів проходження різних видів активної реабілітації. У той же час буде збережена можливість направлення на експертизу здоров'я особи й сімейним лікарем задля раннього включення особливого пацієнта в процес реабілітації при наявності порушень функціонування чи життєдіяльності. Буде також збережена можливість направлення громадянина і військкоматами, за умови, якщо пацієнт має поранення або захворювання, що виникло в бойових умовах, при захисті Батьківщини, а також і Фондом соціального страхування за умови наявності в особи в анамнезі нещасного випадку на виробництві або травми. Фонд соціального страхування зможе скерувати на експертизу здоров'я особливі верстви населення – безхатченків або не працюючих.

Для створення умов прозорості й відкритості оновленої служби запропоновано відкрите залучення пацієнта в процес експертизи його здоров'я. Це повинно бути зроблено шляхом заповнення певних анкет щодо його функціонування на сайті НСЕУ. Одним з таких інструментів повинна стати Шкала оцінки інвалідності BOO3 – WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0), яка уже використовуються біль-

ше ніж у 95 країнах світу [14, 16]. Цей опитувальник щодо оцінки інвалідності охоплює запитання відповідно до 6 сфер функціонування особи: мобільність (переміщення і пересування), догляд за собою (гігієна, одягання, їжа й перебування на самоті), комунікація (спілкування з іншими людьми), побутова діяльність (домашні обов'язки, дозвілля), повсякденна діяльність (домашні обов'язки, дозвілля, робота і навчання, уподобання), соціальна участь (громадська діяльність, робота за професією). Таким чином, шкала WHODAS 2.0 є практичною методикою для вимірювання функціонування та інвалідності, яка використовує опис доменів МКФ і може бути застосована для об'єктивізації активності й участі пацієнта в соціумі. При цьому залучення в процес експертизи здоров'я самого пацієнта зробить оновлену систему МСЕ значно більш об'єктивною та прозорою.

Напрямом забезпечення успішного реформування системи МСЕ обрано інформатизацію процесу експертизи здоров'я шляхом розвитку електронної та інформаційно-аналітичної системи з побудовою протоколів електронної взаємодії між закладами охорони здоров'я (сімейний лікар), Національною службою експертизи здоров'я, Міністерством соціального страхування, Фондом соціального страхування (що відповідають за технічні засоби реабілітації та проводять оплату стійкої непрацездатності), реабілітаційними установами та військкоматами (причини інвалідності).

Для уникнення суб'єктивності при визначенні порушень функціонування та комплексної оцінки потреб у реабілітації та соціальній допомозі певної особи при винесенні рішення, зменшення тривалості шляху пацієнта до експертизи здоров'я планується направлення пацієнта через Електронний модуль порушення функціонування (ЕМПФ). ЕМПФ як додаток до медичної програми E-Helsi буде заповнюватися сімейним та/або лікуючим лікарем особи, навіть без його присутності, за умови, якщо пацієнт активно лікується. ЕМПФ буде містити аналіз перебігу захворювання особи з використанням відповідних доменів МКФ. За необхідності (але не обов'язково!) до процесу оцінки стану здоров'я особи можуть залучатися лікарі з надання вторинної спеціалізованої медичної допомоги та/або лікарі з надання третинної високоспеціалізованої медичної допомоги. У складних випадках оцінка рівня функціонування може бути проведена в реабілітаційній установі із залученням міждисциплінарної команди. Без паперових носіїв ЕМПФ буде передаватися в

Національну службу експертизи здоров'я, де мультидисциплінарна команда з досвідчених спеціалістів-лікарів та представників громадських організацій проведуть кваліфіковану експертизу. Перший крок зі створення системи електронної взаємодії між закладами охорони здоров'я вже зроблено. Усі обласні центри та бюро МСЕ підключено до Центрального банку інвалідності (ЦБІ). Певна інформація щодо осіб з інвалідністю, з виконанням вимог Закону про використання персональних даних з системи МСЕ вноситься в базу Міністерства соціальної політики задля своєчасного включення осіб з інвалідністю в процес реабілітації.

Запорукою успішного проведення реформ повинно стати активне навчання лікарів первинної ланки та лікарів-експертів роботи з МКФ. Особливість удосконалення знань щодо медико-соціальної експертизи, порушень функціонування та обмежень життєдіяльності полягає в тому, що на додипломному етапі медичної освіти ці питання не викладаються. У зв'язку з цим, єдина на Україні профільна кафедра – кафедра медико-соціальної експертизи і реабілітації факультету післядипломної освіти ДДМУ у 2022 році розпочинає навчання на тренінгах з оволодіння практичними навичками роботи з МКФ. Така інноваційна навчальна робота у вигляді тренінгів буде проводитись на чолі з Національним тренером з МКФ, який пройшов навчання роботи з Міжнародною класифікацією в розробників-представників ВООЗ за підтримки Швейцарської агенції розвитку та співробітництва (SDC). Безперервний професійний розвиток лікаря є важливою невід'ємною частиною роботи лікарів, адже постійне професійне вдосконалення – запорука кваліфікованої медичної допомоги громадянам. Отже, надання якісної допомоги у вирішенні питань стійкої непрацездатності населенню України можливо через постійне підвищення професійної підготовки сімейних лікарів та лікарів-експертів. Важливо посилити контроль за процесом дотримання кваліфікаційних вимог до лікаря комісії МСЕ відповідно до Постанови КМ України № 725 «Про затвердження Положення про систему

безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників» від 14 липня 2021 р. [8]. А саме, покласти на головних лікарів обласних центрів та бюро МСЕ дотримання обов'язкових вимог: працювати лікарем-експертом повинні виключно лікарі з I та вищою категоріями (поки немає спеціальності лікар-експерт); неприпустимо несвоєчасне підвищення лікарської кваліфікації; проводити щорічний обов'язковий контроль з боку головного лікаря за отриманням кожним лікарем не менше ніж 50 балів щодо професійного росту [2, 4].

Важливо підкреслити, що, відповідно до другого етапу реформи медичної галузі, обласні центри та бюро МСЕ не стають комунальними підприємствами й не мають права вести комерційну діяльність. У зв'язку з цим важливо, що щорічне обов'язкове підвищення кваліфікації лікарів, які працюють у цих закладах, повинно бути виключно безкоштовним. Одним з дієвих кроків вирішення цього питання може стати створення професійного об'єднання Української лікарської асоціації лікарів-експертів з метою проведення навчання, професійного розвитку, впровадження нової системи експертизи в Україні та запровадження нових підходів до реабілітації та абілітації осіб з інвалідністю, проведення атестації лікарів з урахуванням особливостей експертної роботи.

ПІДСУМОК

Таким чином, служба медико-соціальної експертизи України прямує шляхом реформ і докорінних змін на основі світового досвіду, досягнень сучасної науки й доказової медицини з використанням у роботі МКФ до перетворення системи в пацієнтоорієнтовану, прозору, компетентну, зрозумілу для громадян і доступну для найнезахищеніших верств населення України – осіб з інвалідністю, учасників бойових дій, дітей з інвалідністю.

Усі критичні зауваження і пропозиції щодо якості та методики проведення експертизи здоров'я будуть прийняті авторами з вдячністю і враховані в подальшій роботі.

REFERENCES

1. [Some issues of continuous professional development of doctors. Order of the Ministry of Health of Ukraine dated February 22, 2019 No. 446]. (2019). Ukrainian. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0293-19#Text>

2. [Disability and health]. [Internet]. Ukrainian. Available from: <https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/disability-and-health>

3. [Questions of medical and social examination. Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine of

December 3, 2009 No. 1317]. (2009). Ukrainian. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1317-2009-%D0%BF#Text>

4. [On approval of Changes to some orders of the Ministry of Health of Ukraine. Order of the Ministry of Health of Ukraine dated January 19, 2021 No. 74]. (2021). Ukrainian. Available from:

<https://ips.ligazakon.net/document/RE36960>

5. [On approval of the action plan for implementation in Ukraine of the International Classification of Functioning, Restriction of Life and Health and the International Classification of Functioning, Restriction of Life and Health of Children and Adolescents. Order of the Cabinet of Ministers of Ukraine of December 27, 2017 No. 1008-r]. (2017). Ukrainian. Available from: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennya-planu-zahodiv-iz-vprovadzhennya-v-ukrayini-mizhnarodnoyi-klasifikaciyi-funkcionuvannya-obmezhen-zhittyediyalnosti-ta-zdorovya-ta-mizhnarodnoyi-klasifikaciyi-funkcionuvannya-obmezhen-zhittyediyalnosti-ta-zdorovya-ditej-i-pidlitkiv>

6. [On approval of the plan of measures of the Ministry of Health of Ukraine on implementation of the plan of measures for introduction in Ukraine of the International classification of functioning, restrictions of vital activity and health and the International classification of functioning, restrictions of vital activity and health of children and teenagers. Order of the Ministry of Health of Ukraine dated March 23, 2018, No. 552]. (2018). Ukrainian. Available from:

<https://medprosvita.com.ua/nakaz-moz-ukrayini-vid-23-03-2018-552-pro-zatverdzhennya/>

7. [On approval of the Government's priority action plan for 2021. Order of the Cabinet of Ministers of March 24, 2021, No. 276-r]. (2021). Ukrainian. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/276-2021-%D1%80#Text>

8. [On approval of the Regulations on the system of continuous professional development of medical and pharmaceutical workers. Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine of July 14, 2021, No. 725]. (2021). Ukrainian. Available from: <https://xn--80aagahqwyibe8an.com/>

9. [msp.gov.ua/timeline/invalidnist.html](https://www.msp.gov.ua/timeline/invalidnist.html). [Internet]. Kyiv: Persons with disabilities; 2021 [cited 2021 Dec 27]. Ukrainian. Available from:

<https://www.msp.gov.ua/timeline/invalidnist.html>

10. Ustinov OV. [The action plan for the implementation of the International Classification of Functioning has been approved (updated)]. *Ukrainskyi medychnyi chasopys*. [Internet]. 2018 [cited 2021 Dec 27]. Ukrainian. Available from: <https://www.umj.com.ua/article/119087/zatverdzhennya-planu-zahodiv-iz-vprovadzhennya-mizhnarodnoyi-klasifikaciyi-funktsionuvannya>

11. Castro SS, Leite SF. Translation and intercultural adaptation of the World Health Organization Disability Assessment Tables – WHODAS 2.0. *Fisioter Pesqui*. 2017;24:385-91.

doi: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/17118724042017>

12. Ehrmann C, Proding B, Stucki G, Cai W, Zhang X, Liu S, et al. ICF generic set as new standard for the system wide assessment of functioning in China: a multicentre prospective study on metric properties and responsiveness applying item response theory. *BMJ Open*. 2018;8(12):e021696.

doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021696>

13. Liu S, Reinhardt JD, Zhang X, Ehrmann C, Cai W, Proding B, et al. System-wide clinical assessment of functioning based on the international classification of functioning, disability and health in China: Interrater reliability, convergent, known group, and predictive validity of the ICF Generic-6. *Arch Phys Med Rehabil*. 2019;100(8):1450-7.

doi: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2018.11.014>

14. Proding B, Stucki G, Coenen M, Tennant A. The measurement of functioning using the international classification of functioning, disability and health: comparing qualifier ratings with existing health status instruments. *Disabil Rehabil*. 2019;41(5):541-8.

doi: <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1381186>

15. Selb M, Escorpiso R, Kostansek N, Stucki G, Usatyun B, Sieza A. Guidelines for the development of a core set of the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2015;51:105-17.

16. Stuckey G, Bickenbach J. Functioning: the third health indicator in the health care system and a key indicator of rehabilitation. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2017;53:134-8.

doi: <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.17.04565-8>

17. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. [Internet]. Geneva. Available from: <http://who-fic.ru/icf/>

Стаття надійшла до редакції
15.11.2021

