

Міністерство освіти і науки України  
Національний технічний університет  
«Дніпровська політехніка»

Навчально-науковий інститут державного управління  
Кафедра державного управління і місцевого самоврядування

**ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА**  
**кваліфікаційної роботи ступеня магістра**

Здобувача вищої освіти Лісіної Ольги Юріївни  
академічної групи 281м-23з-2 ІДУ  
спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування  
за освітньо-професійною програмою 281 Публічне управління та адміністрування  
на тему: «Удосконалення державного управління системою медичної реабілітації в умовах війни»

Керівники	Прізвище, ініціали	Оцінка за шкалою		Підпис
		рейтинговою	інституційною	
кваліфікаційної роботи	Кравцова Т.В.			
розділів:				

Рецензент:	Бут Н.О.			
------------	----------	--	--	--

Нормоконтролер:	Кравцов О.В.			
-----------------	--------------	--	--	--

Дніпро  
2024

## РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка кваліфікаційної роботи ступеня магістра на тему «Удосконалення державного управління системою медичної реабілітації в умовах війни».

70 с., 5 табл., 6 рис., 68 джерел.

ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ; ЦИФРОВІ ТЕХНОЛОГІЇ; ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я; МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ; ІННОВАЦІЇ; СТРАТЕГІЯ РОЗВИТКУ; ПІСЛЯВОЄННЕ ВІДНОВЛЕННЯ; ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД.

Об'єкт дослідження – державне управління системою медичної реабілітації в Україні.

Предмет дослідження – процеси управління системою медичної реабілітації в Україні під час війни.

Мета дослідження – наукове обґрунтування теоретичних та аналіз практичних рекомендацій щодо удосконалення державного управління системою медичної реабілітації в умовах війни.

У першому розділі досліджено теоретико-методологічні основи державного управління системою медичної реабілітації. У другому розділі представлено аналіз сучасного стану системи медичної реабілітації в умовах війни. У третьому розділі окреслено можливі механізми інтеграції системи медичної реабілітації в державну політику України, перспективи використання цифрових технологій та інновацій для підвищення якості реабілітаційних послуг та особливості формування стратегії розвитку системи медичної реабілітації в умовах післявоєнного відновлення України.

Рекомендації та пропозиції, надані в роботі, можуть застосовуватись органами державної влади під час розробки заходів щодо подальшого розвитку державного управління системою медичної реабілітації в умовах війни в Україні.

## ABSTRACT

Explanatory note of the master's degree qualification thesis on the topic «Improving public administration of the medical rehabilitation system in the conditions of war ».

70 pages, 5 figures, 6 tables, 68 sources.

PUBLIC ADMINISTRATION; DIGITAL TECHNOLOGIES; HEALTHCARE; MEDICAL REHABILITATION; INNOVATIONS; DEVELOPMENT STRATEGY; POST-WAR RECOVERY; INTERNATIONAL EXPERIENCE.

Object of research – the state management of the medical rehabilitation system in Ukraine.

Subject of research – the processes of managing the system of medical rehabilitation in Ukraine during the war.

The purpose of research – scientific substantiation of theoretical and analysis of practical recommendations for improving the public administration of the medical rehabilitation system in wartime.

The first section examines the theoretical and methodological foundations of public administration of the medical rehabilitation system. The second section presents an analysis of the current state of the medical rehabilitation system in wartime. The third section outlines possible mechanisms for integrating the medical rehabilitation system into the state policy of Ukraine, the prospects for using digital technologies and innovations to improve the quality of rehabilitation services, and the specifics of formulating a strategy for the development of the medical rehabilitation system in the context of post-war recovery in Ukraine.

The recommendations and suggestions provided in the paper can be used by public authorities in developing measures for the further development of public administration of the medical rehabilitation system in the context of war in Ukraine.

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	5
РОЗДІЛ 1	
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО	
УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....	8
1.1. Сутність та принципи державного управління у сфері медичної реабілітації.....	8
1.2. Нормативно-правова база регулювання медичної реабілітації в Україні .....	21
1.3. Досвід зарубіжних країн щодо організації системи медичної реабілітації.....	28
РОЗДІЛ 2	
АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ	
В УМОВАХ ВІЙНИ.....	36
2.1. Вплив воєнних дій на систему охорони здоров'я та медичної реабілітації.....	36
2.2. Оцінка ефективності існуючих програм медичної реабілітації для військовослужбовців та цивільного населення.....	40
2.3. Проблеми та виклики в управлінні системою медичної реабілітації в Україні під час війни.....	43
РОЗДІЛ 3	
НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ	
СИСТЕМОЮ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	50
3.1. Розробка механізмів інтеграції системи медичної реабілітації в державну політику.....	50
3.2. Використання цифрових технологій та інновацій для підвищення якості реабілітаційних послуг.....	53
3.3. Формування стратегії розвитку системи медичної реабілітації в умовах післявоєнного відновлення.....	58
ВИСНОВКИ .....	65
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	71

## ВСТУП

Реформа системи охорони здоров'я в Україні залишається одним із ключових напрямів державної політики, особливо в контексті загальної трансформації суспільства та прагнення до підвищення якості медичних послуг. Однією з важливих складових цієї реформи є впровадження та розвиток програм реабілітації, які забезпечують відновлення здоров'я після хвороб або травм, а також підтримку людей із хронічними захворюваннями.

Реабілітація є невід'ємною частиною комплексного лікування пацієнтів, і її значення в системі охорони здоров'я лише зростає, оскільки дозволяє не лише покращити якість життя пацієнтів, але й знизити загальне навантаження на медичну систему.

Актуальність теми удосконалення державного управління системою медичної реабілітації зростає в умовах війни. По-перше, особливої уваги потребує реабілітація військовослужбовців, забезпечення якості і пошук нових напрямів якої має велике значення для Сил безпеки й оборони. По-друге, розвиток системи реабілітації та управлінських механізмів управління нею створює надійне підґрунтя для відновлення людського капіталу країни в майбутньому. Іншими перевагами якісної реабілітаційної допомоги є підвищення якості життя, скорочення витрат на утримання хворих в стаціонарах, створення нової моделі медико-соціальної експертизи тощо.

Програми реабілітації сприяють не лише відновленню здоров'я пацієнтів, але й мають значний соціальний та економічний вплив на суспільство. Впровадження сучасних програм реабілітації може стати одним з ключових факторів успішної реформи системи охорони здоров'я. Для досягнення цієї мети необхідно подолати низку викликів: забезпечити належне фінансування, підготувати кваліфіковані кадри, удосконалити нормативно-правову базу та підвищити обізнаність населення. Важливим є також вивчення та адаптація міжнародного досвіду. Це разом створює потребу удосконалення процесів управління системою медичної реабілітації в Україні.

Дослідження системи надання реабілітаційних послуг є об'єктом наукових

пошуків різних фахівців: медиків, економістів, психологів. Наукові публікації з державного управління системою медичної реабілітації охоплюють широку проблематику – організації, фінансування реабілітаційних послуг, медико-соціальної експертизи, що розглянуті у роботах І. Берлінець, С. Богданова, Д. Карамішева, Б. Мойси, Я. Раддиша та ін.

Широко досліджені теоретичні й методичні аспекти реабілітації та її видів (А. Гордєєва, В. Кудрявцева, Н. Піонтківська, В. Шпак); загальні підходи до організації реабілітаційної діяльності (Л. Вакуленко, І. Мисула, В. Мисюра, А. Шевцов) та особливості здійснення реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь у бойових діях (Н. Алаликіна, С. Іващенко, О. Лазарева, В. Лесков, А. Руденко); питання побудови системи комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій (О. Євсюков, І. Зверєва, Л. Романовська, С. Харченко) і правові аспекти у сфері реабілітації людей з інвалідністю (В. Андрєєва, Я. Безугла, Н. Болотіна, А. Єгорова).

Не дивлячись на широке коло досліджень й ефективне впровадження їх результатів досліджень в управлінську практику, окремі теоретичні й практичні аспекти публічного управління наданням реабілітаційних послуг в умовах війни потребують окремого наукового дослідження та розроблення практичних рекомендацій для органів публічної влади у цій сфері.

Об'єктом дослідження є державне управління системою медичної реабілітації в Україні.

Предметом дослідження є процеси управління системою медичної реабілітації в Україні під час війни.

Метою кваліфікаційної роботи є наукове обґрунтування теоретичних та аналіз практичних рекомендацій щодо удосконалення державного управління системою медичної реабілітації в умовах війни.

Для досягнення поставленої мети було визначено наступні завдання:

– визначити сутність та принципи державного управління у сфері медичної реабілітації;

- проаналізувати нормативно-правову базу регулювання медичної реабілітації в Україні;
- узагальнити досвід зарубіжних країн щодо організації системи медичної реабілітації;
- окреслити вплив воєнних дій на систему охорони здоров'я та медичної реабілітації;
- оцінити ефективність існуючих програм медичної реабілітації для військовослужбовців та цивільного населення;
- проаналізувати проблеми та виклики в управлінні системою медичної реабілітації в Україні під час війни;
- розглянути перспективи розробки механізмів інтеграції системи медичної реабілітації в державну політику;
- дослідити можливості використання цифрових технологій та інновацій для підвищення якості реабілітаційних послуг;
- окреслити особливості формування стратегії розвитку системи медичної реабілітації в умовах післявоєнного відновлення.

Методологічну основу кваліфікаційної роботи становлять загальнонаукові та спеціальні методи, котрі ґрунтуються на сучасних засадах публічного управління та адміністрування і споріднених з ними наук.

Інформаційною базою кваліфікаційної роботи є: нормативно-правові документи, наукові праці вітчизняних та зарубіжних вчених, дослідницькі та аналітичні матеріали міжнародних організацій, інтернет-джерела, офіційні сайти органів державної влади та місцевого самоврядування, аналітичних центрів, медичних організацій, довідкова література.

Рекомендації та пропозиції, надані в роботі, можуть застосовуватись органами державної влади під час розробки заходів щодо подальшого розвитку державного управління системою медичної реабілітації в умовах війни в Україні.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

#### 1.1. Сутність та принципи державного управління у сфері медичної реабілітації

Термін «реабілітація» на початку ХХ століття прийшов у медичну практику з юриспруденції, де означав «відновлення по суду чи в адміністративному порядку в колишніх правах неправильно зганьбленого» [1]. Перенесенням цього терміну в медицину ми завдячуємо Францу Йозефу Раттеру фон Бус, науковцю та суспільному діячеві, який опікуючись благодійною діяльністю, вперше використав поняття «реабілітація» в книзі «Система загального піклування над бідними». Поширення цього терміну на осіб з фізичними вадами було пов'язане з розвитком комплексних програм допомоги інвалідам – термін «реабілітація» міцно увійшов в медичну практику з 1918 р., коли в Нью-Йорку був організований Інститут Червоного Хреста для інвалідів. Ідеї медичної реабілітації широко розповсюдились в Європі після Першої світової війни та епідемії поліомієліту, через потреби лікування та адаптації до цивільного життя великої кількості людей з фізичними вадами. В арміях США, Англії та Норвегії почали діяти програми підготовки фізичних реабілітологів. Друга світова війна дала поштовх розвитку медичної психологічної, соціальної, насамперед професійної реабілітації та для всіх країн – учасниць конфлікту вивела у 1945 р. процес реабілітації у ранг загальнодержавних проблем. У 1950 році Організація Об'єднаних Націй звернулася до міжнародної спільноти із закликом про об'єднання зусиль країн щодо розроблення програм і координації дій з реабілітації інвалідів, розпочавши етап активної міжнародної співпраці в цій галузі.

Термін «реабілітація» походить від латинських слів «re» – відновлення та «habilis» – здатність, таким чином «rehabilis» – це відновлення властивостей [2,



с. 20]. І хоча не існує єдиного визначення терміну для різних країн, сьогодні під поняттям «реабілітація» ми розуміємо комплекс заходів, що спрямований на відновлення здоров'я, функціонального стану і працездатності організму, порушених хворобами, травмами, фізичними, хімічними і соціальними чинниками.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ): «Реабілітація є сукупністю заходів, покликаних забезпечити особам з порушеними функціями внаслідок хвороб, травм і вроджених дефектів, пристосування до нових умов життя в суспільстві, в якому вони живуть» [3]. Відповідно до визначення ВООЗ, реабілітація є процесом, спрямованим на надання всебічної допомоги хворим та інвалідам для досягнення ними максимально можливої при даному захворюванні фізичної, психічної, професійної, соціальної та економічної повноцінності. Мета реабілітації – повернення максимальної кількості хворих та інвалідів до суспільства, соціально корисної праці як необхідної умови здорового і повноцінного життя.

З огляду на застосування певних біологічних і соціальних механізмів адаптації та компенсації, виокремлюють три види (або рівні) реабілітації: медичну, соціальну та професійну [3, с. 12–13]:

- медичний рівень – лікувальні заходи, спрямовані на одужання, відновлення, попередження інвалідності;
- соціальний – це соціальне, трудове й побутове влаштування;
- професійний – це працевлаштування, професійне навчання та перенавчання.

У реабілітації хворих чи інвалідів пріоритет належить медичній реабілітації – сукупності медичних заходів, спрямованих на покращання фізичної активності та когнітивної функції індивіда, розширення можливостей його участі у повсякденному житті та інтеграцію у звичне середовище [4]. «Медична реабілітація є одним з видів висококваліфікованої, інтегративної медичної допомоги населенню – відновною медициною – і є базовим (початковим) її компонентом. Сучасні дослідники її розглядають як метод або

комплекс методів, орієнтованих на мобілізацію захисних сил організму в його прагненні набути адекватний рівень адаптації до змінених зовнішніх і внутрішніх умов, підкреслює профілактичну направленість реабілітаційних заходів, спрямованих на боротьбу з інвалідизацією, профілактику рецидивів, вироблення мотивації до здорового способу життя» [4, 5].

Міжнародна організація праці (МОП) під реабілітацією рекомендує розуміти «відновлення здоров'я осіб із обмеженими фізичними і психічними можливостями з метою досягнення максимальної їх повноцінності з фізичної, психічної, професійної та соціальної позиції». Таким чином, головними завданнями реабілітації визнані запобігання інвалідності в період лікування хвороби та попередження ускладнень і погіршення стану здоров'я в гострий період захворювання [6].

К. Віннер пропонує таке визначення реабілітації: «це цілеспрямована діяльність колективу фахівців у медичному, технічному, фізичному, соціальному, економічному та педагогічному аспектах з метою відновлення здоров'я, нормалізації і зміцнення порушених здібностей людини і повернути його до активної участі у суспільно-трудовій діяльності» [7, 8].

Медична асоціація експертів із реабілітації Австралії трактує «реабілітацію» як «процес, який забезпечує найвищий можливий рівень відновлення втрачених із тієї чи іншої причини функцій і здібностей, що досягається за допомогою розвитку фізичних компенсаторних механізмів і психологічного врегулювання за допомогою використання медичних, фізкультурних, інженерних, освітніх і професійних служб» [9].

Сучасна наукова література пропонує різні тлумачення терміну «медична реабілітація». Для кращого розуміння цього процесу проаналізуємо основні з них. За визначенням Комітету експертів з реабілітації (1980 р. [5]) медична реабілітація – «це активний процес, метою якого є досягнення повного відновлення порушених внаслідок захворювання або травми функцій, або, якщо це нереально, – оптимальна реалізація фізичного, психічного і соціального потенціалу інваліда, найбільш адекватна інтеграція його в суспільстві».

Великий тлумачний словник української мови містить наступне визначення медичної реабілітації: «комплекс медичних, педагогічних, професійних засобів, спрямованих на відновлення (або компенсацію) порушених функцій організму і працездатності хворих та інвалідів» [10].

Термін «медична реабілітація» має подібні трактування у сучасних українських дослідників:

Крупа В. В. – «суспільно необхідне функціональне й соціально-трудове відновлення хворих та інвалідів, що здійснюється комплексним проведенням медичних, психологічних, педагогічних, професійних, юридичних, державних, суспільних й інших заходів, за допомогою яких можна повернути потерпілих до звичайного життя і праці, відповідно до їх стану» [11];

Лянной Ю. О. – «складний багатофакторний процес, який враховує різноманітні, тісно пов'язані і взаємодоповнюючі види, серед яких виділяють медичну, фізичну, психологічну, соціальну, професійну, економічну, педагогічну, спортивну, побутову, технічну, оздоровчу та правову реабілітацію» [8];

Вакуленко Л. О. – система державних, соціально-економічних, психологічних, медичних, професійних, педагогічних заходів, спрямованих на відновлення здоров'я людини, її працездатності і соціального статусу, яка базується на біологічних (здатності організму пристосовуватись до певних умов функціонування в результаті компенсаторно-відновлювальних процесів), соціально-економічних (корисності для суспільства праці інвалідів, які мають, як правило, глибокі професійні знання і великий життєвий досвід), психологічних (властивості особистості до відчуття престижу і бажання відчувати корисність і цінність своєї праці), морально-етичних (принцип високого гуманізму, притаманний суспільству) та науково-методичних (сучасні досягнення медицини, тісно пов'язані з досягненнями суміжних наук, розвитком техніки, які забезпечують комплексне вирішення і значний прогрес у відновній і замісній терапії) основах [12].

Реформа системи охорони здоров'я в Україні, започаткована у 2016 році

У. Супрун, на практиці успішно стартувала у жовтні 2017 року та була спрямована на забезпечення доступної, якісної та ефективної медичної допомоги для всіх громадян. Одним із ключових напрямів цієї реформи став розвиток та інтеграція програм реабілітації в загальну систему охорони здоров'я.

До реформи система реабілітації в Україні мала низку проблем:

– обмежений доступ до реабілітаційних послуг, особливо в сільській місцевості:

- недостатнє фінансування галузі;
- застарілі методики та обладнання;
- нестача кваліфікованих фахівців;
- відсутність комплексного підходу до реабілітації.

Реформа медицини в Україні поставила за мету вирішити ці проблеми та створити сучасну, ефективну систему реабілітації, доступну для всіх громадян.

Державне управління системою медичної реабілітації є складовою частиною державної політики у сфері охорони здоров'я.

Ключовим моментом у розвитку реабілітації в Україні стало прийняття Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [13]. Цей закон визначив правові та організаційні засади реабілітації, встановив стандарти надання реабілітаційних послуг та окреслив права пацієнтів на отримання якісної реабілітаційної допомоги.

Основні положення закону включають:

- визначення реабілітації як невід'ємної частини системи охорони здоров'я;
- встановлення принципів надання реабілітаційної допомоги;
- регулювання діяльності реабілітаційних закладів;
- визначення кваліфікаційних вимог до фахівців з реабілітації;
- забезпечення доступності реабілітаційних послуг для всіх громадян.

Відповідно до статті 6 Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» метою державної політики щодо реабілітації у сфері охорони здоров'я є створення умов для ефективної реабілітації, забезпечення доступності

навколишнього середовища, можливості вести самостійний спосіб життя і всебічно брати участь у всіх аспектах життя суспільства, сприяння створенню середовища, що організоване відповідно до вимог універсального дизайну та розумного пристосування [13].

Закон визначає і основні принципи державної політики щодо реабілітації у сфері охорони здоров'я:

- прозорість;
- ефективний розподіл повноважень та відповідальності між органами державної влади;
- якість та доступність реабілітаційної та психологічної допомоги;
- інклюзивність;
- сприяння поверненню людини до ведення самостійного способу життя [13].

Медична реабілітація має здійснюватись безоплатно, державними та комунальними закладами охорони здоров'я, з якими укладено договори про медичне обслуговування населення, за направленням, відповідно до медичних показань, державного чи комунального закладу охорони здоров'я, в якому пацієнтові надавалася вторинна (спеціалізована) чи третинна (високоспеціалізована) медична допомога. Вона призначається пацієнтам у таких випадках [14]:

- після закінчення гострого періоду захворювання у разі наявності обмежень життєдіяльності; б)
- з уродженими та спадковими патологічними станами, набутими порушеннями опорно-рухового та мовного апарату, вадами зору та слуху;
- у разі встановлення стійкої непрацездатності (інвалідності).

Основні завдання медичної реабілітації [5]:

- функціональне відновлення (повне або компенсація при недостатньому чи відсутності відновлення);
- пристосування до повсякденного життя і праці;
- залучення до трудового процесу;

– диспансерний нагляд за реабілітованими, пристосування до повсякденного життя.

Основними принципами медичної реабілітації визначені [15]:

– безперервність і ґрунтовність (реабілітація повинна здійснюватися, починаючи від виникнення хвороби або травми і до повного повернення людини в суспільство);

– комплексність (проблема реабілітації повинна вирішуватися комплексно, з урахуванням всіх її аспектів);

– доступність (реабілітація повинна бути доступною для всіх, хто її потребує);

– гнучкість (реабілітація повинна пристосовуватися до постійно мінливої структури хвороби, а також враховувати технічний прогрес і зміни соціальних структур).

Відповідно до статті 5 Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» загальними принципами проведення реабілітації є [13]:

– пацієнтоцентричність, що передбачає планування та проведення реабілітації з урахуванням потреб, можливостей та побажань особи, якій надається реабілітаційна допомога, або її законного представника та членів її сім'ї, а також безпосередню їх участь у розробленні, реалізації та внесенні змін до індивідуального реабілітаційного плану;

– цілеспрямованість – організація процесу реабілітації має спрямовуватися на досягнення довго- та короткострокових завдань;

– своєчасність – реабілітація має розпочинатися під час гострого реабілітаційного періоду або одразу після стабілізації стану здоров'я з хронічним перебігом, індивідуальний реабілітаційний план має змінюватися відповідно до зміни функціонального стану особи, якій надається реабілітаційна допомога;

– послідовність – кожний наступний етап процесу реабілітації має бути пов'язаний з попереднім етапом, бути підґрунтям для наступного етапу та враховувати фактичні зміни функціонального стану особи, якій надається реабілітаційна допомога;

- безперервність – процес реабілітації має відбуватися безперервно протягом всіх реабілітаційних періодів;
- функціональна спрямованість – реабілітаційна допомога має бути спрямована на досягнення оптимального рівня функціонування та якості життя особи у її середовищі.

Основними завданнями державної політики щодо реабілітації у сфері охорони здоров'я є [13]:

- забезпечення скоординованості принципів проведення реабілітації, реабілітаційних послуг, а також доступність допоміжних засобів реабілітації та медичних виробів (п. 1 ч. 2 ст. 6 в редакції Закону № 3911-IX від 21.08.2024);
- регламентація правових, економічних, соціальних умов проведення реабілітації з урахуванням функціональних можливостей осіб з обмеженнями повсякденного функціонування, потреби у допоміжних засобах реабілітації та медичних виробках (п. 2 ч. 2 ст. 6 в редакції Закону № 3911-IX від 21.08.2024);
- впровадження міжнародних стандартів реабілітації та психологічної допомоги в реабілітації;
- створення умов для якісного матеріально-технічного, фінансового, кадрового та науково-методичного забезпечення реабілітації;
- створення рівних умов для всіх осіб, залучених до надання реабілітаційної допомоги, та постачальників допоміжних засобів реабілітації;
- формування ефективної системи управління якістю реабілітаційної допомоги.

Прийняття цього закону стало важливим кроком у розвитку реабілітації в Україні та її інтеграції в загальну систему охорони здоров'я. Основні зміни охоплюють:

1. Фінансування реабілітаційних послуг. Одним із ключових аспектів реформи стало включення реабілітаційних послуг до програми медичних гарантій, що забезпечується Національною службою здоров'я України (НСЗУ). Це означає, що держава бере на себе фінансування реабілітаційної допомоги для громадян. Основні аспекти фінансування реабілітації включають:

- оплату реабілітаційних послуг за принципом «гроші ходять за пацієнтом»;
- включення реабілітації до пакетів медичних послуг, що оплачуються НСЗУ;
- фінансування реабілітації на різних етапах лікування: гостра, підгостра та довготривала реабілітація;
- забезпечення фінансування реабілітаційного обладнання та технічних засобів реабілітації

Така система фінансування дозволяє зробити реабілітаційні послуги більш доступними для населення та стимулює розвиток реабілітаційних закладів.

2. Розширення доступу до реабілітаційних послуг. Реформа медицини в Україні спрямована на значне розширення доступу до реабілітаційних послуг. Це досягається шляхом:

- створення мережі реабілітаційних відділень у лікарнях та поліклініках;
- розвитку амбулаторної реабілітації;
- впровадження програм домашньої реабілітації;
- створення мобільних реабілітаційних бригад для обслуговування пацієнтів у віддалених районах;
- розвитку телереабілітації для надання консультацій та моніторингу пацієнтів дистанційно.

Такий підхід дозволяє забезпечити реабілітаційною допомогою більшу кількість пацієнтів, включаючи тих, хто проживає у сільській місцевості або має обмежену мобільність.

3. Стандартизація та підвищення якості реабілітаційних послуг. Важливим аспектом реформи є впровадження міжнародних стандартів та протоколів реабілітації. Це включає:

- адаптацію міжнародних протоколів реабілітації до українських реалій;



- впровадження Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ) як основи для оцінки стану пацієнтів та планування реабілітації;
- розробку та впровадження клінічних настанов з реабілітації при різних захворюваннях та станах;
- створення системи контролю якості реабілітаційних послуг;
- впровадження електронної системи моніторингу ефективності реабілітації.

Стандартизація дозволяє підвищити якість реабілітаційних послуг та забезпечити єдиний підхід до реабілітації пацієнтів по всій країні.

4. Підготовка фахівців з реабілітації. Реформа медицини приділяє значну увагу підготовці кваліфікованих фахівців з реабілітації. Це включає:

- впровадження нових освітніх програм з фізичної та реабілітаційної медицини у вищих навчальних закладах;
- розвиток системи післядипломної освіти та підвищення кваліфікації фахівців з реабілітації;
- створення системи сертифікації фахівців з реабілітації відповідно до міжнародних стандартів;
- залучення міжнародних експертів для навчання українських фахівців;
- розвиток наукових досліджень у галузі реабілітації.

Підвищення кваліфікації фахівців дозволяє забезпечити надання якісних реабілітаційних послуг відповідно до сучасних міжнародних стандартів.

5. Мультидисциплінарний підхід. Одним із ключових аспектів реформи реабілітації є впровадження мультидисциплінарного підходу. Це передбачає:

- створення мультидисциплінарних реабілітаційних команд, що включають лікарів, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, логопедів, психологів та інших фахівців;
- розробку індивідуальних планів реабілітації для кожного пацієнта;

- регулярні зустрічі команди для обговорення прогресу пацієнта та корекції плану реабілітації;
- залучення пацієнта та його родини до процесу реабілітації;
- забезпечення наступності реабілітаційної допомоги на всіх етапах лікування.

Мультидисциплінарний підхід дозволяє забезпечити комплексну та ефективну реабілітацію, враховуючи всі аспекти здоров'я та функціонування пацієнта.

6. Ранній початок реабілітації. Реформа медицини в Україні приділяє особливу увагу ранньому початку реабілітації. Це включає:

- впровадження реабілітаційних заходів з перших днів перебування пацієнта в стаціонарі;
- створення відділень ранньої реабілітації в лікарнях інтенсивної терапії;
- розробку протоколів ранньої мобілізації пацієнтів після операцій та травм;
- навчання медичного персоналу принципам ранньої реабілітації;
- забезпечення наступності реабілітаційної допомоги при переході пацієнта з одного етапу лікування на ін.

Ранній початок реабілітації дозволяє запобігти ускладненням, прискорити відновлення пацієнтів та покращити результати лікування.

7. Реабілітація військових та ветеранів. У зв'язку з військовими діями в Україні, особлива увага в реформі медицини приділяється реабілітації військовослужбовців та ветеранів. Це включає:

- створення спеціалізованих реабілітаційних центрів для військових та ветеранів;
- розробку програм психологічної реабілітації для осіб з посттравматичним стресовим розладом;
- впровадження сучасних методів фізичної реабілітації після бойових травм;

- забезпечення протезування та ортезування високого рівня;
- розробку програм соціальної та професійної реабілітації для ветеранів.

Ці заходи спрямовані на забезпечення комплексної реабілітації військових та ветеранів, їх повернення до активного життя та праці.

8. Інновації та технології в реабілітації. Реформа медицини сприяє впровадженню інноваційних технологій в реабілітації. Це включає:

- використання роботизованих систем для відновлення рухових функцій;
- впровадження віртуальної та доповненої реальності в програми реабілітації;
- розвиток телереабілітації для дистанційного моніторингу та консультування пацієнтів;
- використання «розумних» протезів та ортезів;
- впровадження систем біологічного зворотного зв'язку в реабілітаційні програми.

Інноваційні технології дозволяють підвищити ефективність реабілітації та зробити її більш доступною для пацієнтів.

Провідну роль у формуванні державної політики у сфері публічного управління медико-соціальною реабілітацією населення відіграють:

- Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ) – відповідає за здійснення медичної реабілітації;
- Міністерство соціальної політики України (Мінсоцполітики) – забезпечує соціальну реабілітацію, надання допоміжних 16 засобів;
- Міністерство освіти і науки України (МОН) – організовує науково-педагогічний супровід і підготовку кадрів з реабілітації.

У забезпеченні реалізації державної політики у цій сфері на різних рівнях управління відповідно до визначених законодавством повноважень бере участь низка інших органів виконавчої влади:

- Міністерство оборони України (МО),

- Міністерство у справах ветеранів України (МСВУ);
- Національна служба здоров'я України (НСЗУ);
- Національна соціальна сервісна служба України (НСССУ);
- Фонд соціального захисту інвалідів (ФСЗІ);
- Пенсійний фонд України (ПФУ, якому з 1.01.2023 р. передано функції Фонду соціального страхування України та ін.);
- місцеві органи державної влади та органи місцевого самоврядування (від імені територіальної громади чи держави на місцевому рівні здійснюють кадрові призначення керівників закладів й установ охорони здоров'я та соціальної сфери, координують їхню діяльність, організують матеріально-технічне забезпечення, впроваджують заходи щодо соціальної реінтеграції осіб з інвалідністю, організують облік і забезпечення осіб, які потребують допоміжних засобів реабілітації тощо);
- уповноважені органи професійного самоврядування та громадські об'єднання фахівців з реабілітації;
- установи та організації, які здійснюють кадрове та наукове забезпечення системи реабілітації;
- громадські об'єднання осіб з обмеженнями повсякденного функціонування та осіб з інвалідністю, які представляють і захищають права їх учасників.

Публічне управління системою медико-соціальної реабілітації населення здійснюють органи державної влади, органи місцевого самоврядування, державні й комунальні заклади та установи, громадські об'єднання, які відповідно до передбачених законодавством повноважень створюють умови для реалізації конституційних прав людини та задоволення потреб у лікуванні, відновленні й укріпленні здоров'я у спеціалізованих закладах [17].

Окреслений розподіл повноважень призводить до нестачі координації між вищеперерахованими владними інституціями. У Міністерстві охорони здоров'я України у складі Управління медико-соціальної допомоги населенню створений Відділ медичної реабілітації, паліативної та хоспісної допомоги і Сектор

санаторно-курортного лікування. Науково-методичний супровід функціонування системи медичної реабілітації здійснюють різні науково-дослідні установи [16].

Незважаючи на значний прогрес, реформа реабілітації в Україні стикається з низкою викликів:

- нестача фінансування для повноцінного впровадження всіх запланованих заходів;
- недостатня кількість кваліфікованих фахівців з реабілітації, особливо в сільській місцевості;
- необхідність оновлення матеріально-технічної бази багатьох реабілітаційних закладів;
- потреба в подальшому вдосконаленні законодавчої бази та стандартів реабілітації;
- необхідність подолання стереотипів щодо реабілітації серед населення та медичних працівників.

Незважаючи на ці виклики, перспективи розвитку реабілітації в Україні є позитивними. Реформа реабілітації є невід'ємною частиною загальної реформи охорони здоров'я і має важливе значення для підвищення якості життя пацієнтів, їх повернення до активного життя та праці, а також для зниження рівня інвалідності в країні. Продовження та успішна реалізація цієї реформи дозволить Україні створити одну з найбільш прогресивних систем реабілітації в регіоні, що принесе користь мільйонам громадян та сприятиме загальному поліпшенню здоров'я нації.

## **1.2. Нормативно-правова база регулювання медичної реабілітації в Україні**

Формування нормативно-правової бази медичної реабілітації в Україні розпочалось з моменту її незалежності та до моменту початку широкомасштабної війни налічувало низку законів, підзаконних актів, постанов

та інших документів, що визначали правові засади і забезпечували функціонування та подальший розвиток системи реабілітації:

– 1991 р. – Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей», Закон України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні»;

– 1992 р. – Постанова КМУ «Про затвердження Положення про медико-соціальну експертизу і Положення про індивідуальну програму реабілітації та адаптації інвалідів»;

– 2008 р. – Наказ Міністра Оборони України «Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України»;

– 2012р. – Наказ Міністерства юстиції України «Про затвердження Інструкції про організацію медичної реабілітації в Службі безпеки України»;

– 2014 р. – Постанова Кабміну №416 «Деякі питання Державної служби України у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції»;

– 2015р. – Розпорядження Кабміну «Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників АТО», Указ Президента України «Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників АТО», Наказ Міністерства оборони України «Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичній операції, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів)»;

– 2016 р. – Указ Президента «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України «Про Стратегічний оборонний бюлетень України», Наказ Міністерства оборони України «Про затвердження Інструкції про організацію санаторно-курортного лікування, медичної та медико-психологічної реабілітації у Збройних Силах України»;

– 2017 р. – Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», Закон України «Про підвищення

доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості», Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я», Постанова КМУ «Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування»;

– 2018 р. – Наказ МОЗ України «Про затвердження примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу», Наказ МОЗ «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу», Наказ МОЗ «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги», Постанова КМУ «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для надання первинної медичної допомоги населенню», Постанова КМУ «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення», Постанова КМУ «Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій», Постанова КМУ «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я»;

– 2020 р. – Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», Наказ МОЗ України «Про затвердження порядку направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які в установленому законом порядку одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та надають медичну допомогу відповідного виду»;

– 2021 – Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» із змінами, внесеними згідно з Законом № 1962-IX від 15.12.2021р., Постанова КМУ «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я».

Основними законодавчими та нормативно-правовими актами, що регулюють відносини у сфері медико-соціальної реабілітації, а також

визначаються функції, повноваження, склад і відповідальність їх учасників, форми і методи роботи, є:

– Конституція України [18], Бюджетний кодекс України [19] закони України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [20], «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [21], «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» [22], «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [23], «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» [24], «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» [25] та ін.;

– постанови Кабінету Міністрів України «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я» [26], «Про затвердження Порядку забезпечення допоміжними засобами реабілітації (технічними та іншими засобами реабілітації) осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю й інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані технічні та інші засоби реабілітації, їх переліку» [27], «Про затвердження Порядку забезпечення санаторно-курортними путівками до санаторно-курортних закладів військовослужбовців, ветеранів війни, ветеранів військової служби, органів внутрішніх справ і деяких інших категорій осіб і членів їх сімей» [28], «Про забезпечення організації направлення осіб із складових сил оборони та сил безпеки, постраждалих у зв'язку з військовою агресією РФ проти України, на лікування за кордон» [29], «Технічний регламент щодо медичних виробів» [30], «Технічний регламент щодо активних медичних виробів, які імплантують» [31] та ін.;

– розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року» [32] та ін.;

– наказ Міністерства соціальної політики України «Про затвердження Державного стандарту соціальної реабілітації осіб з інтелектуальними та психічними розладами»;

– державні програми «Реабілітація дітей з інвалідністю», «Державна



типова програма реабілітації осіб з інвалідністю» та ін.

Україна дотримується міжнародних актів: Загальної декларації прав людини, Конвенції про права осіб з інвалідністю, Декларації соціального прогресу і розвитку, Європейської конвенції про соціальне забезпечення, Європейської конвенції про соціальну та медичну допомогу, Європейською соціальною конвенцією, Хартії третього тисячоліття, Реабілітація 2030: Заклик до дій та ін.

Система реабілітації, створена в Україні, складається з таких елементів:

– органи публічної влади – суб'єкти управління, які організують та координують діяльність окремих закладів та установ, що здійснюють безпосередню реабілітацію;

– установи (структурні підрозділи) з реабілітації, які за допомогою різних форм, методів і методик реалізують реабілітаційні програми та надають реабілітаційні послуги;

– реабілітаційні програми (програми реабілітації) – це послідовність (порядок) застосування форм, методів і засобів реабілітації, які забезпечують досягнення оптимального для хворого стану здоров'я та працездатності;

– об'єкти реабілітації – особи з особливими потребами, особи з інвалідністю, пацієнти, які здійснюють лікування та відновлення після гострих станів тощо.

Відповідно до законодавства до повноважень органів державної влади віднесено формування організаційно-правових засад діяльності, регламентування публічно-управлінських відносин у сфері медико-соціальної реабілітації, ресурсне забезпечення системи державних установ і підприємств, спеціалізованих лікувально-реабілітаційних закладів, визначення стандартів якості надання послуг тощо. Медична реабілітація здійснюється безоплатно державними та комунальними закладами охорони здоров'я, з якими укладено договори про медичне обслуговування населення, за направленням, відповідно до медичних показань, державного чи комунального закладу охорони здоров'я, в якому пацієнтові надавалася вторинна (спеціалізована) чи третинна

(високоспеціалізована) медична допомога [33]. Отже, медична реабілітація є первинною для відновлення здоров'я громадян.

До органів публічної влади, які на місцевому рівні здійснюють реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я, віднесено Департаменти охорони здоров'я у структурі обласних (районних) військових адміністрацій. Відповідно до Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [21] вони забезпечують контроль за виконанням вимог законодавства про реабілітацію, за дотриманням прав і свобод громадян, які потребують реабілітації, виконання державних і регіональних програм у цій сфері та взаємодію з іншими органами державної влади, місцевого самоврядування, громадськими організаціями, підприємствами, організаціями та установами, які долучаються до процесів реабілітації.

Аналіз та узагальнення підходів до організації медико-соціальної реабілітації в Україні свідчить, що ефективному функціонуванню цієї сфери заважають низка проблем у правовому регулюванні, організації та створенні належних умов для отримання якісних послуг. Постійною проблемою гальмування реформ в Україні є недостатнє фінансування розроблених і затверджених заходів, відсутність стійких пріоритетів у виробленні державної політики у сфері охорони здоров'я. Для подолання проблеми недостатності фінансування системи охорони здоров'я вже неодноразово пропонувалося й робилися спроби запровадження системи медичного страхування, як альтернативного джерела покриття витрат пацієнтів на медичне обслуговування. В Україні розпочато запровадження елементів сучасної моделі солідарного медичного страхування, що враховують передові сучасні практики та досвід трансформації систем охорони здоров'я в світі. Поки що медичне страхування в Україні відбувається на добровільній основі і характеризує поступовий перехід від забезпечуваної і утримуваної державою системи охорони здоров'я до страхової моделі її формування [34]. Попри оновлення законодавства у сфері реабілітації, громадяни України, які потребують довготривалої реабілітації, мають справу з такими проблемами – неможливістю отримання реабілітаційних

послуг через відсутність достатньої кількості фахівців на рівні територіальних громад (особливо тих, які володіють сучасними знаннями і техніками) та дороговартісного обладнання. Крім того, неповнота статистичних даних і відсутність стратегічного планування у сфері медико-соціальної реабілітації призводять до того, що внаслідок нескоординованості дій суб'єктів управління, якісні послуги не можуть отримати громадяни, для яких вони є життєвоважливими. В умовах війни ці проблеми стали ще гострішими, особливо для проведення комплексної реабілітації військових і постраждалих з воєнними травмами у період гострої реабілітації. Недостатньо продуманими виявилися пакети з реабілітації, за якими НСЗУ контракує заклади й установи охорони здоров'я в межах програми медичних гарантій [35].

Сучасний стан медико-соціальної реабілітації в Україні потребує запровадження у практику таких заходів, які широко використовуються у зарубіжних країнах і створюють передумови для розвитку медико-соціальної адаптації, зокрема: перевести підготовку фахівців з реабілітації до закладів вищої освіти Міністерства охорони здоров'я, як це відбувається в країнах ЄС; більш широке використання інструментів державно-приватного партнерства, страхової медицини, які дозволяють розробляти і впроваджувати заходи національної державної політики, правила і протоколи у сфері реабілітації, надавати реабілітаційні послуги на рівні територіальних громад і спільнот, знаходити додаткові ресурси для фінансування заходів і проектів; розвиток і пропагування на державному рівні концепції здорового способу життя, свідомого ставлення до власного здоров'я, активності впродовж життя, а також відповідно до медичних показань невідкладно розпочинати процеси ранньої реабілітації на засадах доказової медицини; створення центрів медичної реабілітації за принципом мультидисциплінарності в кожному закладі охорони здоров'я вторинного і третинного рівнів, а особливо госпіталях і медичних центрах міністерств і відомств сектору оборони та безпеки; запровадження заходів державної підтримки надавачам реабілітаційної допомоги; формування ефективної системи управління якістю реабілітаційної допомоги тощо [36].

Вирішення проблем медичної та соціальної реабілітації в Україні повинно здійснюватися на загальнодержавному рівні із використанням зарубіжного досвіду.

### **1.3. Досвід зарубіжних країн щодо організації системи медичної реабілітації**

У світі не існує єдиної досконалої, стійкої та раціональної системи охорони здоров'я. Кожна країна світу стикається з різними проблемами у забезпеченні реалізації права на охорону здоров'я, у забезпеченні доступу до якісного медичного обслуговування та лікування. Всі країни світу прагнуть створити стійкі національні системи охорони здоров'я, що відрізняються своєю якістю та ефективністю, розвинену систему надання послуг та фінансування охорони здоров'я, однак підходи до вирішення цих проблем істотно відрізняються.

За даними Світового банку та Всесвітньої організації охорони здоров'я щонайменше половина населення світу не може отримати необхідні медичні послуги, у багатьох країнах світу ще й досі помирають люди, так і не отримавши доступу до профілактичних та лікувальних послуг. Країни, що розвиваються, продовжують боротися з кількістю випадкових інфекційних захворювань, поширенням СНІДу, малярії та інших хвороб, одночасно зіштовхуючись зі зростаючим тягарем випадкових смертей, дитячою смертністю, впливом поганої санітарії та інших факторів навколишнього середовища. Заможніші країни також ведуть боротьбу з тиском на їхні системи охорони здоров'я через старіння населення, зростання поширеності хронічних захворювань, супутніх захворювань та попит на доступ до нових технологій у сфері охорони здоров'я [37]. Право на охорону здоров'я стає ключовою темою дискусій у всьому світі, а забезпечення реалізації цього права й можливість населення отримати доступ до потрібної медичної допомоги та послуг з медичної реабілітації знаходиться у центрі уваги.

Кожна країна світу прагне створити стійку національну систему охорони

здоров'я, яка буде відрізнятися якістю та ефективністю, розвиненою системою надання послуг та фінансування охорони здоров'я. За дослідженням Г. Муляр, українська система охорони здоров'я значно відстає від розвинутих країн за багатьма показниками, зокрема за тривалістю життя, смертністю та боротьбою з хронічними та інфекційними захворюваннями. Незважаючи на низькі показники охорони здоров'я, Україна витрачає значні кошти частка валового внутрішнього продукту на медичні послуги, але це, як правило, не впливає позитивно на систему охорони здоров'я. Процес реформування національної системи охорони здоров'я продемонстрував неефективну політику в цій сфері, високий рівень корупції та неплатоспроможності перетворення цієї системи на рівень світових стандартів охорони здоров'я. Система охорони здоров'я в Україні застаріла, має багато недоліків і потребує модернізації з використанням сучасних світових тенденцій та досвіду розвинених країн світу [38].

Ідеологія медичної реабілітації за кордоном перетерпіла значну еволюцію (табл. 1.1), показавши світу, що система медичної реабілітації в дуже великому ступені залежить від економічних можливостей суспільства.

Таблиця 1.1

### Еволюція ідеології медичної реабілітації в світовому суспільстві

Час	Ідеологія медичної реабілітації
40-і роки	Основою політики у відношенні хронічно хворих і інвалідів був їхній захист і догляд за ними
50–60 роки	Розвиток концепції інтеграції хворих і інвалідів у звичайне суспільство; особливий упор був зроблений на їхньому навчанні, одержанні ними технічних підсобних засобів.
70–80 роки	Зародження ідеї максимальної адаптації навколишнього середовища під потреби хворих і інвалідів, усебічної законодавчої підтримки інвалідів у сферах освіти, охорони здоров'я, соціальних послуг і забезпечення трудової діяльності.

Реалізуючи права особи на охорону здоров'я, кожна країна світу переслідує три основні цілі функціонування системи охорони здоров'я: збереження здорових людей, лікування хворих та захист сімей від фінансового розорення від медичних рахунків [38], що стимулює ці країни розвивати систему медичної реабілітації, спрямовану на відновлення здоров'я, ліквідацію або зменшення обмежень життєдіяльності (спілкування, навчання, пересування,

участі у трудовій діяльності та ін.) і максимальну інтеграцію або реінтеграцію громадян у суспільство. Хоча в організації медико-соціальної реабілітації країни орієнтуються на свої національні особливості, існують загальні особливості організації медичної реабілітації за кордоном [39], табл. 1.2 [39–42].

Таблиця 1.2

**Форми організації реабілітаційного процесу,  
розповсюджені в провідних країнах світу**

Форми організації	Характеристика
стаціонарні установи	клініки реабілітації (розташовані здебільшого в курортних зонах); реабілітаційні центри: спеціалізовані та комплексні (переважно за місцем проживання); центри реабілітації на базі стаціонарних реабілітаційних установ (у великих містах); стаціонарні реабілітаційні відділення; відділення великих лікарень;
амбулаторні установи	денні клініки, лікарні і профілакторії для хворих з хронічними захворюваннями і інвалідів, що не потребують безперервного добового нагляду; реабілітаційні консультації; центри реабілітації на базі поліклінічних реабілітаційних установ (у великих містах); амбулаторні реабілітаційні відділення (в деяких країнах саме їм надається перевага); санаторно-курортні організації; інститути та кафедри реабілітації – розвивають і пропагують ідеї реабілітації;
інші форми організації реабілітаційного процесу	«станції відновного лікування» при поліклініках або лікарнях; реабілітаційні групи, які технічно вирішують питання реабілітації; спеціальні бригади (лікар, інструктор ЛФК тощо) забезпечені транспортом для реабілітації в домашніх умовах (в населених пунктах з певною кількістю населення); реабілітаційний сектор, максимально наближений до життєвого середовища пацієнтів.

Спеціалізація центрів залежить від етапу реабілітації. В Європі існують реабілітаційні центри двох рівнів [42] (табл. 1.3).

Якщо розглянути кадровий склад фахівців, що здійснюють медичну реабілітацію, то за кордоном широке розповсюдження набули спеціальні мультидисциплінарні бригади («rehabilitation teams»), які займаються цим завданням в комплексі [41] (табл. 1.4).

Таблиця 1.3

### Спеціалізація реабілітаційних центрів за кордоном

Рівень центру	Основні умови	Додаткові умови
центр I етапу	представляє практично реабілітаційну клініку, куди госпіталізуються хворі в підгострому стані, і де переважає, в основному, медична реабілітація.	наявні майстерні, зали для навчання роботі на комп'ютерах, кухні, де хворі отримують елементи соціально-побутової і професійної реабілітації
центри 2 етапу	тут проводиться широка програма по відновленню професійних здібностей інваліда, його навчання і перенавчання, здобуття нової професії і працевлаштування. Медична реабілітація представлена потужним комплексом служб, особливо фізичної, соціально-побутової і рекреаційної терапії, а також реабілітаційно-інженерною службою	Різні типи центрів професійної реабілітації містять однакові відділи з реабілітації (медичний, психологічний, соціальний, професійний), але об'єм медичної реабілітації в залежності від об'єму і змісту їх діяльності різний

Оцінка ефективності реабілітації здійснюється переважно за шкалами спеціальних опитувальників [43, 39]. В них акцент робиться не на кількісні фізичні параметри систем організму, які зазвичай визначаються при інструментальних та лабораторних обстеженнях, а на якісну оцінку життєдіяльності хворого, отриману в результаті його самозвіту або звіту обслуговуючого персоналу. В деяких країнах (Австралія, Нідерланди) навіть при повторних переоглядах осіб з інвалідністю зазвичай застосовують опитувальні листи. Максимально активний період медичної реабілітації пацієнта повинен вестися ще до моменту встановлення йому інвалідності [44].

Розвинутою є система геріатричної реабілітації [45]. Широко застосовується модель організації реабілітаційного процесу на периферії. Для цього ВООЗ запропонована модель «реабілітація, що підтримується суспільством» («community-based-rehabilitation»), яка забезпечує взаємозв'язок особи з інвалідністю та її родини з працівниками охорони здоров'я та соціальної допомоги [39, 46, 47]. Громадськість, соціальне середовище задіяні в реабілітації, особливо хворих з хронічними захворюваннями. При цьому особлива увага приділяється соціально-побутовій активності пацієнта, посиленню його особистої відповідальності за власне здоров'я.



Таблиця 1.4

**Склад спеціальної мультидисциплінарної бригади («rehabilitation teams»)**

Фах	Функції
лікарі фізичної та реабілітаційної медицини	відповідають за організацію роботи мультидисциплінарних команд і виконання індивідуального реабілітаційного плану. Завдання цих фахівців – розробка спільно з іншими членами команди максимально ефективного маршруту відновлення людини. При цьому враховуються: медичні обмеження, застереження щодо реабілітаційних втручань, потреба пацієнта й кінцева мета процесу відновлення;
фізичні терапевти	допомагають пацієнтам відновити втрачені рухові функції організму. Відповідно до мети та завдань реабілітації вони формують індивідуальні програми терапевтичних вправ з підбором навантаження, допоміжних засобів реабілітації й необхідного реабілітаційного обладнання;
ерготерапевти	фахівці, які працюють над відновленням побутових, соціальних, робочих навичок людей після травм чи хвороб. Наприклад, якщо в пацієнта паралізовано кінцівку, й він бажає відновити здатність самостійно їсти, ерготерапевт буде тренувати навички захоплення та утримання ложки рукою, яка втратила свій функціонал;
терапевти мови і мовлення	фахівці, які володіють експертизою в питаннях розладів комунікації та ковтання. Їх завдання – сприяти відновленню втрачених мовленнєвих функцій пацієнта. Зокрема тих, що включають розлади мовлення (продукування голосу, ритм, мелодика, зв'язність, інтонація, резонація, голос) та мови (вимова й сприйняття звуків, слів, речень);
протезисти-ортезисти	підбирають протези, виготовляють, налаштовують і складають протезно-ортопедичні вироби та їх елементи. Вони ж навчають пацієнтів користуватися відповідним обладнанням;
психологи, психотерапевти	допомагають відновити ментальне здоров'я людини, налаштовують на правильне сприйняття мети реабілітації, пропрацьовують депресивні, тривожні, адаптаційні, гострі стресові та посттравматичні розлади;
сестри медичні з реабілітації	працюють під керівництвом лікаря фізичної та реабілітаційної медицини, спільно із фізичними терапевтами й ерготерапевтами згідно до складеного індивідуального реабілітаційного плану. Сприяють виконанню програм ерготерапевта та фізичного терапевта;
асистенти фізичних терапевтів та ерготерапевтів	беруть участь у наданні реабілітаційної допомоги, зокрема реалізації індивідуального реабілітаційного плану під керівництвом фізичного терапевта та/або ерготерапевта.

Незважаючи на значні відмінності в організації системи медичної реабілітації в Україні та розвинутих країнах світу, системи та реабілітаційні підходи мають багато спільного [39]:

1. Основна мета реабілітації – зменшення наявних наслідків захворювання у вигляді обмежень життєдіяльності та максимальна інтеграція хворого в суспільство – є основоположною як для розвинутих країн світу, так і для України.



2. Робота за однаковими міжнародними документами, зокрема за Міжнародною номенклатурою порушень, обмежень життєдіяльності та соціальної недостатності (ICIDH), міжнародною класифікацією функціонування обмежень життєдіяльності і здоров'я (МКФ), і орієнтація медичної реабілітації на усунення або зменшення порушень в участі хворого в активному житті суспільства вимагає, щоб у процесі реабілітації крім медиків, активну участь брали психологи, педагоги, соціальні працівники, профконсультанти та інші фахівці.

3. Основні принципи реабілітації, які застосовуються в Україні (ранній початок, послідовність, наступність, комплексність, індивідуалізація), практично збігаються з аналогічними принципами в розвинутих країнах світу.

4. Відбір на реабілітацію проводиться приблизно за однаковими критеріями, хоча технологія направлення на реабілітацію істотно відрізняється. Концепція медичної реабілітації розвинутих країн світу передбачає, що на реабілітацію повинні направлятися хворі при загрозі зниження або при зниженій працездатності для її значного поліпшення або відновлення за допомогою медичних заходів. Діти повинні спрямовуватися на реабілітацію за наявності захворювань, що призвели або можуть призвести до обмежень їх життєдіяльності. Ці правила аналогічні тим, яких дотримуються в Україні.

5. Відсутність стрункої системи оцінки ефекту реабілітації або окремих показників є негативною стороною іноземної моделі реабілітації, так само, як і в Україні. Фахівці, що займаються медичною реабілітацією, повинні уточнювати і визначати, наскільки використовувані ними способи і методи придатні для досягнення цілей у конкретного пацієнта; іноді вони перевіряють, який ефект отриманий від проведених реабілітаційних заходів. При цьому враховується ступінь обмеження участі реабілітанта в активному житті суспільства до і після реабілітації [48].

6. Установи, які здійснюють медичну реабілітацію за кордоном, як і в нашій державі, поділяються на: стаціонарні, амбулаторні, санаторно-курортні, проте не завжди їх реабілітаційний статус є чітко окресленим.

Аналіз досвіду іноземних держав у сфері реабілітації інвалідів [39] дає можливість зробити висновки про доцільність використання його в Україні за наступними напрямками:

- розробка і затвердження Концепції медичної реабілітації громадян України;
- створення єдиної державної інформаційної системи маршрутизації і контролю ефективності реабілітаційних заходів за профілем наданої допомоги;
- спільний контроль Міністерств охорони здоров'я та соціальної політики за питаннями визначення можливих витрат і реального виділення коштів на здійснення реабілітаційних заходів;
- розробка та запровадження науково обґрунтованих критеріїв відбору на різні етапи реабілітаційного процесу (стаціонарний, амбулаторно-поліклінічний, санаторний, домашній). Це дозволить охопити етапною реабілітаційною допомогою осіб, найбільш перспективних для її ефективного проведення, з метою повернення до трудової діяльності;
- розробка протоколів медичної реабілітації на всіх етапах реабілітаційного процесу у хворих та осіб з інвалідністю з вісцерально-метаболічними, статико-динамічними і сенсорними порушеннями;
- наукове обґрунтування рекомендацій з оцінки ефективності реабілітаційних заходів на стаціонарному, амбулаторно-поліклінічному, домашньому та санаторному етапах;
- розробка критеріїв оцінки ефективності і прогнозування результатів медичної реабілітації у хворих та осіб з інвалідністю з основною важкою патологією на етапах реабілітації;
- розробка методичних основ і створення нових технологій реабілітації хворих та інвалідів після складних оперативних втручань (операції на серці та судинах, пересадка органів, нейрохірургічні операції тощо);
- розвиток системи спеціалізованих та комплексних центрів реабілітації на основі економічної доцільності об'єднання лікарень, будинків по догляду та інших закладів та під контролем їх окупності;

- підготовка кадрів для реабілітаційних центрів;
- максимальне наближення реабілітаційного сектору до життєвого середовища інвалідів; організація медичних центрів реабілітації за місцем проживання, реабілітаційних клінік – в курортних зонах; по можливості, здійснення заходів реабілітації на дому; надання переваги, по можливості, амбулаторному способу реабілітації; впровадження досвіду організації реабілітації вдома спеціальними бригадами; ведення патронажу за місцем проживання інвалідів (патронажні реабілітологи);
- впровадження мультидисциплінарних реабілітаційних бригад; застосування при проведенні реабілітаційних заходів командного підходу із включенням до бригади наступних спеціалістів: лікар (фахівець в області реабілітації і фізичної культури); медична сестра; фізіотерапевт; психолог; фахівець з працетерапії; фахівець з професійної орієнтації; соціолог; фахівець з комунікації; протезист; дієтолог; використання послуг особливих видів спеціалістів – окупаціональних терапевтів та сестер-менеджерів; створення реабілітаційних груп, здатних технічно вирішувати питання реабілітації.

Характеристики національних систем реабілітації визначаються також історією, культурою, політикою, демографією, соціальними умовами тієї чи іншої країни. Незважаючи на значні розходження систем медичної реабілітації в різних країнах, усе ширше розвивається міжнародне співробітництво в цій сфері, усе частіше піднімається питання про необхідність міжнародного планування і розробки координованої програми реабілітації фізично неповноцінних осіб.

Досвід систем медичної реабілітації європейських країн є дуже корисним для України і може бути застосований після відповідної адаптації до української дійсності. Для цього необхідне стратегічне планування розвитку механізмів державного управління системою медичної реабілітації в рамках реформування системи охорони здоров'я України з урахуванням міжнародного досвіду та аналізу результатів їх впровадження у пілотних проєктах за конкретними напрямками.

## РОЗДІЛ 2

### АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УМОВАХ ВІЙНИ

#### **2.1. Вплив воєнних дій на систему охорони здоров'я та медичної реабілітації**

Сьогодні в Україні існує нова реальність – воєнний стан, що диктує системі охорони здоров'я нові підходи в роботі медичної системи до надання допомоги як Збройним Силам України (ЗСУ), так і цивільному населенню. Відповідне рішення Президент України ухвалив Указом «Про введення воєнного стану в Україні» від 24.02.2022 № 2102-IX [49]. За таких умов питання відповідальності держави за роботу системи охорони здоров'я, забезпечення її спроможності в воєнний час та повоєнний період відбудови набуває особливої значимості.

На початку вересня 2024 р. Wall Street Journal опублікувало приблизну кількість загиблих українських військових на війні. Згідно з конфіденційною оцінкою України, зробленою цього року, кількість загиблих українських військових становить 80 тисяч, а поранених – 400 тисяч, пише WSJ із посиланням на поінформовані джерела. Загалом від початку повномасштабної війни місія ООН зафіксувала в Україні 10 810 вбитих і 20 556 поранених цивільних.

Повномасштабне вторгнення в Україну в 2022 році спровокувало значні труднощі для функціонування системи охорони здоров'я, обмежуючи доступність медичного забезпечення, особливо в регіонах, які безпосередньо знаходяться в зоні бойових дій [53].

З перших днів повномасштабного військового вторгнення росії українські медичні заклади стали об'єктами атак ворожої армії. Пошкодження та руйнування лікувальних установ обмежує або унеможлиблює доступ населення до медичної допомоги та медичних послуг, що несе пряму загрозу життю та здоров'ю українців [54].

Відповідно до дослідження «Два роки під прицілом. Медичні та освітні

заклади, з якими воює росія», проведеного Українською Гельсінською спілкою з прав людини, за два роки війни в Україні зруйновано близько 50% закладів охорони здоров'я [55].

За даними моніторингу руйнувань закладів охорони здоров'я, проведеного Міністерством охорони здоров'я України (МОЗУ), «з початку повномасштабного вторгнення і до 4 січня 2024 року зафіксовано руйнування 1696 об'єктів закладів охорони здоров'я (рис. 2.1). З них зруйновано – 195, а пошкоджено – 1501» [55]. Найбільша кількість зруйнованих та пошкоджених закладів охорони здоров'я зафіксована у прифронтових територіях, зокрема: у Харківській (348), Херсонській (204) та Донецькій (257) областях.



Рис. 2.1. Кількість зруйнованих та пошкоджених закладів охорони здоров'я в Україні від 24 лютого 2022 року по 24 грудня 2023 року [55]

За даними ВООЗ, «від початку повномасштабного вторгнення росії в Україну в лютому 2022 року «верифіковано 1682 атаки на медичну систему, що призвело до 128 смертей і 288 поранень медичного персоналу й пацієнтів» [56]. Протягом першого кварталу 2024 року із 68 атак, підтверджених ВООЗ,

12 (майже 20%) були спрямовані на служби екстреної медичної допомоги, включно з дев'ятьма атаками на пункти базування екстреної медичної допомоги, сім атак призвели до пошкодження машин швидкої допомоги та шість атак пошкодили обладнання екстреної медичної допомоги. У трьох із цих 12 нападів чотири медичні працівники зазнали поранень і два працівники були вбиті, що свідчить про кількість жертв майже втричі більшу, ніж в інших службах охорони здоров'я за той самий період» [56]. З кожним днем бойових дій систематично зростає кількість травмованих серед військових та цивільного населення. І якщо військова статистика не оприлюднює їх кількість, то кількість жертв серед цивільного населення доступна для аналізу. За даними ООН, жертвами повномасштабної військової агресії стали понад 30 тис. мирних громадян України: 10 378 людей загинули та 19 632 було поранено (рис. 2.2) [57].

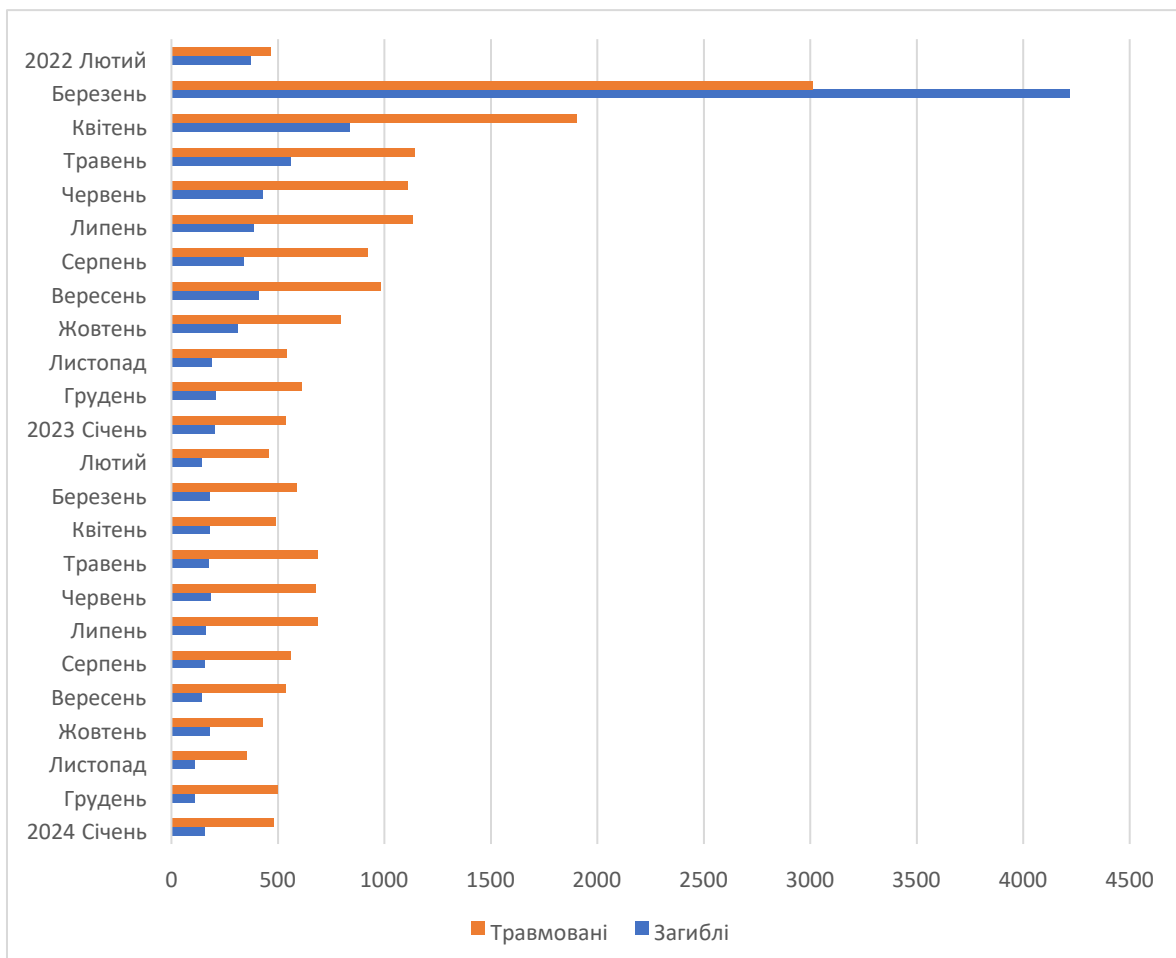


Рис. 2.2. Загиблі та поранені серед цивільного населення України внаслідок війни (за даними ООН\*) [57] (Примітка. \* реальна кількість загиблих і поранених є більшою



Але слід звернути увагу на те, що ці дані відображають лише верифіковану ООН кількість жертв серед цивільних, а насправді їх набагато більше і точну цифру до завершення військових дій встановити неможливо.

Воєнні дії створюють багатогранні виклики для систем охорони здоров'я: збільшення кількості поранених, зростання інфекційних хвороб, посилення психологічного стресу та травм. Це потребує відповідної реакції з боку держави та міжнародної спільноти для пом'якшення наслідків війни для здоров'я населення. Вплив війни посилюється і через порушення інфраструктури медичних закладів, ускладнюючи надання невідкладної та планової медичної допомоги, що підсилюється додатковими ризиками для здоров'я: погіршенням санітарних умов, нестачею питної води та електроенергії [54].

Військова агресія росії проти України та її жахливі наслідки матимуть довготривалий згубний вплив на фізичне та психічне здоров'я українців [55–56] (рис. 2.3).



Рис. 2.3. Вплив війни на здоров'я українців

Воєнний стан не тільки вніс суттєві корективи в роботу системи охорони здоров'я України, а й обумовив оперативні рішення, прийняті для удосконалення функціонування сфери охорони здоров'я. 25 лютого 2022 року Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) ухвалило Наказ № 379 «Щодо надання медичної допомоги в умовах воєнного стану військовослужбовцям, які беруть участь в операції Об'єднаних сил» [50].

Постійний аналіз впливу війни на громадське здоров'я та функціонування системи охорони здоров'я є важливим для розробки ефективних стратегій подолання наслідків конфлікту та забезпечення належного рівня медичних послуг.

## **2.2. Оцінка ефективності існуючих програм медичної реабілітації для військовослужбовців та цивільного населення**

В умовах війни фінансування лікування та подальшої медичної реабілітації українських військових і цивільного населення лягла на плечі держави. Попри воєнний стан в Україні працює розгалужена система закладів охорони здоров'я, в яких медична допомога та медичні послуги надається кожній людині – як цивільній, так і військовій. Протягом останніх років проведена значна робота в цій сфері: розроблено нові та удосконалено вже існуючі нормативно-правові акти, розширено пакети програми медичних гарантій та підвищено вимоги до закладів охорони здоров'я, які надають реабілітаційні послуги. Також в Україні відбудовано декілька великих реабілітаційних закладів. Окрім цього запроваджено програми навчання та підвищення кваліфікації медичних працівників, налагоджено обмін досвідом з міжнародними експертами в цій сфері.

Проте сама система реабілітації військових в Україні влаштована хаотично. За даними дослідження «Шлях пораненого: потреби, проблеми та бачення майбутнього» [61], яке у вересні 2023 року презентував правозахисний центр для військовослужбовців «Принцип», «більше ніж половина військових не



отримують інформацію про можливості реабілітації та змушені шукати її самі. А 68% використовували власні кошти для лікування та реабілітації» [61].

Найбільш гострими проблемами вітчизняної системи реабілітації військових є: ускладнений маршрут пораненого; брак вільних місць та навчених фахівців; інформаційний вакуум пацієнтів та їх родин; не залучення військової частини до процесу реабілітації; неякісна психологічна реабілітація; відсутність або недостатня поширеність допоміжних видів реабілітації (ігрової, дружньої, родинної, освітньої, соціальної, енімал- та бізнес-реабілітації).

Саме тому для повноцінної адаптації вітчизняних закладів охорони здоров'я до умов війни та післявоєнного відбудови, а також їх подальшого розвитку в умовах конкуренції особливої важливості набуває започаткування або відновлення надання реабілітаційних послуг військовим та цивільним громадянам.

У 2022 р. договори з НСЗУ на медичні реабілітаційні послуги для дорослих та дітей укладено з 370 медичними закладами, з них 17 – приватні. За даними електронної системи охорони здоров'я, з початку 2022 р. цей вид допомоги отримали понад 253 тис. українських пацієнтів. За їхнє лікування НСЗУ виплатила лікарням понад 2,8 млрд грн. [62].

Проте доступу до систематизованої офіційної інформації МОЗ про мережу реабілітаційних центрів і закладів для осіб різного віку й з різними потребами в реабілітації, а також даних про фахівців, які в них надають послуги, до цього часу немає. Це певним чином ускладнює реорганізацію системи реабілітації, оскільки не дозволяє визначати теми і динаміку змін, які в ній відбуваються, не тільки керівникам місцевих органів влади, а й громадськості відстежувати хід реалізації медичної реформи, оцінювати її результативність.

В Україні станом на 1.01.2023 р. функціонує 27 реабілітаційних установ, закладів охорони здоров'я, які здійснюють заходи із реабілітації дітей з інвалідністю. З них у 27 – надаються послуги для дітей з інвалідністю, 18 – для дітей віком до 3 років включно, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності (з метою попередження інвалідності), 17 – осіб з інвалідністю

(старших 18 років). Вони розташовані в усіх областях України [63].

Інформація про надання у цих закладах послуг за видами реабілітації наведена на рис. 2.4.

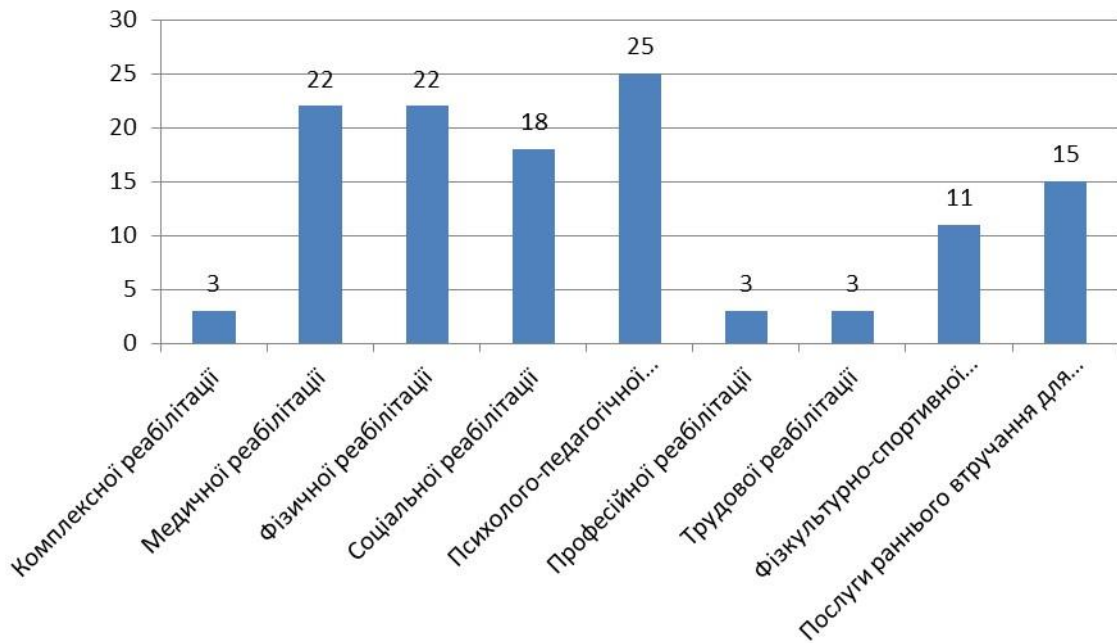


Рис. 2.4. Інформація про надання у закладах охорони здоров'я послуг за видами реабілітації [63]

Аналіз даних рис. 2.3 свідчить, що в сучасних умовах найбільш поширеним є надання послуг з психолого-педагогічної (у 25 закладах), медичної та фізичної реабілітації (по 22). Ці дані ілюструють неповну готовність реабілітаційних установ і закладів охорони здоров'я, які здійснюють заходи із реабілітації дітей, реалізувати сучасні підходи і надавати комплексні послуги з реабілітації. Варто зауважити, що незважаючи на війну, ці установи продовжують працювати і задовольняти потреби громадян в реабілітації. Схожа ситуація складається і для інших осіб з інвалідністю, за віком чи потребою в реабілітаційних заходах за основними нозологічними формами захворювання, військовослужбовцями тощо.

На сьогоднішній день, незважаючи на достатньо багатий досвід реабілітації в нашій державі, не існує стандартів, що дозволяють об'єктивно оцінити ефективність реабілітаційних заходів. Вирішення цієї проблеми

потребує тривалого спостереження за хворим на всіх етапах реабілітації.

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

I. По клінічних критеріях 1. Одужання; 2. Значене покращення – покращення на 2 ФК і більше; 3. Покращення – покращення на 1 ФК; 4. Незначне покращення – покращення всередині ФК; 5. Погіршення – збільшення тяжкості ФК.

II. По шкалах, тестах і опитувальниках.

Відповідно, сама оцінка є якісною і суб'єктивною. Для об'єктивізації ступеню психологічної дезадаптації і порушень життєдіяльності застосовуються різноманітні опитувальники та шкали, багато з яких розраховані на хворих із різними захворюваннями. В них акцент робиться не на кількісні показники повсякденної активності хворого, а на його задоволеність основними сферами життя. При цьому реабілітаційна допомога повинна орієнтуватися не на короткотермінові критерії, а на довготермінові результати. Враховуючи зрозумілу трудомісткість процесу стандартизації ефективності реабілітаційних програм, слід підкреслити, що для визначення ефективності того чи іншого реабілітаційного комплексу, з точки зору доказової медицини, необхідний порівняльний аспект (порівняння з ефективністю інших реабілітаційних комплексів), переконливий статистичний аналіз із визначення чітко вимірних переваг комплексу лікування, що застосовується. Система об'єктивізації ефективності медичної реабілітації повинна враховувати чисельні фактичні дані за різними показниками і системами організму в залежності від нозологічної форми. Це викликає необхідність створення певних математичних програм.

### **2.3. Проблеми та виклики в управлінні системою медичної реабілітації в Україні під час війни**

В умовах воєнного стану в системі охорони здоров'я в Україні:

– МОЗ України забезпечує готовність визначених закладів охорони

здоров'я та інших необхідних сил та засобів для надання медичної допомоги військовослужбовцям під час дії воєнного стану;

– обласні державні адміністрації за участю органів місцевого самоврядування визначають за пропозицією Міністерства оборони України заклади охорони здоров'я комунальної власності, які можуть бути залучені для надання вторинної і третинної медичної допомоги;

– НАМН України забезпечує надання консультативної та методичної допомоги закладам охорони здоров'я, що надають медичну допомогу в час воєнного стану [51].

В умовах сучасних суспільних викликів та загроз одним із напрямків дієвого управління медичними закладами в Україні залишається результативна й ефективна кадрова політика:

– по-перше, медичні кадри, будучи найбільш важливим ресурсом галузі, мають вирішальний вплив на збереження і поліпшення громадського здоров'я;

– по-друге, якість і доступність надання медичної допомоги населенню напряму залежать від рівня забезпеченості закладу медичними працівниками та їхнього професійного рівня;

– по-третє, системні зміни у сфері охорони здоров'я потребують нової генерації якісно та різнобічно підготовлених керівних кадрів, що покладає особливу відповідальність на кадрову політику у сфері охорони здоров'я.

Повномасштабне вторгнення Російської Федерації на територію України, розпочате 24 лютого 2022 році, завдало чималої шкоди системі охорони здоров'я. Воєнні конфлікти завжди мають два види впливу – прямий і непрямий. Прямий вплив – це явища, події, які фіксуються щоденно, як, наприклад, терористичні атаки, утрати серед цивільного населення або серед військових. Непрямий вплив – це негативні наслідки воєнного конфлікту, які не можемо в даний момент часу відзначити, проте ми їх відчуваємо на собі. До них відносять недоїдання на окупованих, деокупованих або прифронтових територіях, підвищений ризик поширення інфекційних хвороб, неможливість забезпечення в повному обсязі медичною допомогою, розлади психічного здоров'я населення,

екологічні катастрофи. Враховуючи статистичні дані втрат інших країн, яким довелося стикнутися з війнами, можна зробити висновок, що співвідношення прямих і непрямих втрат один до дев'яти. Тому саме непрямі втрати мають найважливіше значення для системи громадського здоров'я.

Перша проблема, з якою довелося стикнутися системі охорони здоров'я – руйнування медичної інфраструктури. За час воєнного конфлікту ворог нещадно знищує заклади здоров'я, а це обмежує доступ людей до медичної допомоги. Для забезпечення медичної допомоги в таких ситуаціях формують мобільні бригади з лікарями й перевозять хворих спеціальним маршрутом. На окупованих, деокупованих або прифронтових територіях також ускладнений доступ до аптечної мережі, а це, в свою чергу, призводить до обмеження в роботі програми «Доступні ліки», коли людина могла безкоштовно отримати ліки за 96 умов наявності рецепта.

Другий виклик – це вплив медичних кадрів. Більша частина лікарів, які працювали на територіях, де велися бойові дії, мігрували до безпечних регіонів України або виїхали закордон, що теж негативно вплинуло на доступність медичної допомоги. Ці фактори посприяли виникненню перевантаження лікарів, що надають медичну допомогу в центрі та за заході України. Відбулося обмеження кількості часу, який має бути відведений лікарем пацієнтові на прийом, обстеження, діагностичні процедури та лікування, що може знижувати якість наданої медичної допомоги. Це обумовлене збільшенням частки пацієнтів на одного лікаря через міграцію населення з територій, де проходять бойові дії. Водночас виникають труднощі із працевлаштуванням для медичних працівників зі статусом внутрішньо переміщеної особи (ВПО). Це змушує їх або погоджуватися на інші, менш кваліфіковані професії, або виїжджати закордон, що погіршує кадровий потенціал галузі. У зв'язку з тим, що в умовах воєнних дій неможливо проводити облік систематично, відсутня актуальна інформація щодо точної кількості наявних медичних працівників.

Проблема критичної нестачі лікарів для України не є актуальною, оскільки є потенційна можливість залучати іноземних медпрацівників, які готові

працювати в Україні на волонтерських засадах. Таку можливість надано згідно із Законом України від 29.07.2022 р. № 2494-IX «Про внесення змін до деяких законів України щодо підвищення доступності медичної та реабілітаційної допомоги у період дії воєнного стану». При цьому даний крок має розглядатись як виключно допоміжний, оскільки політика держави має спрямовуватися не тільки на ресурсне забезпечення галузі, а передусім на стабілізацію галузевого ринку праці у спосіб надання всебічної підтримки працевлаштуванню внутрішньо переміщених осіб (ВПО), зокрема медичних працівників. Крім того, передбачається, що іноземні фахівці надаватимуть медичні послуги лише на тимчасовій основі, що в найближчому майбутньому змусить знову повернутись до вирішення кадрового питання галузі охорони здоров'я [52].

Беззаперечно війна залишить свій відбиток на психологічному здоров'ї населення. За різноманітними джерелами прогнозують, що загальна кількість осіб, яким потрібна буде психологічна допомога через, наприклад, ознаки депресивного розладу, чи порушень поведінки або сну, коливатиметься в межах від 10 до 15 млн українців, із них 3–4 млн потребуватимуть медикаментозної терапії для стабілізації психологічного стану.

Вагомою проблемою для громадського здоров'я стало також зниження рівнів охоплення профілактичними щепленнями населення на тлі воєнного конфлікту. Військові дії призводять до екологічної катастрофи, що підвищує ризик поширення інфекційних хвороб. Якщо на фоні відсутності щеплення вакцинокеровані інфекції виявлять хоч незначну активність, це призведе до епідемій, перевантаження вже й без того навантаженої системи охорони здоров'я, що збільшить рівень інвалідизації та смертності серед дітей та дорослих. Фахівці Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) визначають проблеми кадрових ресурсів охорони здоров'я одними з основних перешкод досягнення Цілей сталого розвитку. Проблематика кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я є багатопрофільною, оскільки тим чи іншим чином пов'язана з різними видами державної політики, зокрема:

– державна кадрова політика: в контексті формування вимог до кадрового

потенціалу системи охорони здоров'я загалом, враховуючи проблематику безперервного професійного розвитку (БПР) тощо;

– державна освітня політика: в контексті створення умов для підготовки медичних кадрів за освітніми програмами галузі знань «Охорона здоров'я» (включаючи навчання в інтернатурі);

– державна фінансова політика – визначає порядок та систему оплати праці медичних працівників тощо.

З початком воєнних дій на території України спектр захворювань значно розширився, що вимагає від системи охорони здоров'я розробки заходів оперативного реагування. Пріоритетним є формування мережі закладів медичної реабілітації та відновного лікування хворих з урахуванням рекреаційних та кліматичних факторів. Мають створюватися центри високоспеціалізованої, високотехнологічної медичної допомоги на базі провідних обласних лікарень. Обов'язковими є заходи покращення матеріально-технічного забезпечення лікувально-профілактичних закладів, закупівля відповідного устаткування та новітньої медичної апаратури. Підвищення показників материнської та неонатальної смертності визначає необхідність розвитку закладів охорони материнства і дитинства та регіоналізації перинатальної допомоги з подальшим активним впровадженням ефективних перинатальних технологій.

Для подолання негативних наслідків, спричинених воєнними діями виникає гостра необхідність удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я, основними напрямки якого потрібно обрати [59].

1. Удосконалення політик та інститутів публічного управління в системі охорони здоров'я з метою керівництва процесом відновлення:

– впровадження універсальних підходів та інструментів врядування, спрямованих на забезпечення професійної автономії, сталості та ефективності національних інститутів у сфері охорони здоров'я;

– створення ефективної системи міжсекторального співробітництва для забезпечення цілісного підходу до охорони здоров'я на рівні держави, що базується на обґрунтованих політичних рішеннях та фактичних даних;



– розробка системи ефективного управління медичними закладами, яка забезпечує їх громадську підзвітність та контроль.

2. Посилення медичних послуг для врахування особливих потреб населення, що виникають внаслідок війни, через розвиток реабілітаційної допомоги та послуг з психічного здоров'я:

– розширення спектру медичних послуг, включаючи травматологічну, ортопедичну, опікову та інтенсивну терапію;

– вдосконалення пакетів програми медичних гарантій для відповідності потребам ветеранів війни та осіб, які постраждали внаслідок воєнних дій.

3. Посилення системи громадського здоров'я та готовності до надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я:

– забезпечення функціонування ефективної системи громадського здоров'я, спрямованої на збереження та зміцнення здоров'я населення, попередження захворювань та реагування на них;

– створення координаційного механізму для системи громадського здоров'я та забезпечення функціонування національної системи крові для забезпечення пацієнтів якісною та безпечною донорською кров'ю у достатній кількості.

4. Зміцнення та підвищення кваліфікації кадрових ресурсів у системі охорони здоров'я через інтеграцію освіти та наукової діяльності у цій сфері до міжнародного контексту:

– планування та забезпечення необхідних кадрів для системи охорони здоров'я відповідно до потреб;

– створення умов для професійного розвитку медичних працівників.

5. Відновлення та трансформація мережі медичних закладів з урахуванням сучасних підходів до госпітального планування:

– розширення послуг первинної медичної допомоги, впровадження моделі роботи мультидисциплінарних команд на рівні первинної медичної допомоги;

– укладання багаторічних договорів між Національною службою здоров'я України та медичними закладами.

6. Розвиток електронної охорони здоров'я та посилення кібербезпеки:

- створення єдиного медичного інформаційного простору з національною і транскордонною інтероперабельністю та наскрізними процесами та сервісами;
- забезпечення інфраструктурних та технічних умов надання якісних медичних послуг із використанням інформаційно-комунікаційних систем на всіх рівнях;
- створення зручних та прозорих механізмів доступу користувачів до повних даних про своє здоров'я та управління цією інформацією.

7. Забезпечення фінансової стабільності системи охорони здоров'я за допомогою впровадження гнучких методів фінансування, розширення програми медичних гарантій та розвитку ринку добровільного медичного страхування.

8. Посилення системи управління якістю: розробка і впровадження елементів системи забезпечення якості в охороні здоров'я на національному рівні та на рівні закладу охорони здоров'я.

9. Відновлення фармацевтичного сектора та покращення доступу до ліків:

- гармонізація державних політик доступу до лікарських засобів та медичних виробів;
- утворення незалежної агенції з оцінювання медичних технологій для забезпечення обґрунтованості та доказової бази відбору та оцінювання ефективності лікарських засобів та медичних виробів;
- стимулювання розвитку фармацевтичної галузі, включаючи інвестиції в дослідження та розробку, локалізацію та інші методи освоєння новітніх технологій виробництва лікарських засобів та медичних виробів;
- забезпечення доступу населення до якісних, ефективних та безпечних лікарських засобів через сувору регуляторну систему.

## РОЗДІЛ 3

### НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УМОВАХ ВІЙНИ

#### **3.1. Розробка механізмів інтеграції системи медичної реабілітації в державну політику**

Функціонально державний механізм організації системи медичної реабілітації – це взаємодія механізмів державного управління, що забезпечують виконання конкретних функцій (адміністративних, економічних, організаційних, нормативних, інформаційних) зі створення умов для забезпечення ефективності надання реабілітаційних послуг на всіх рівнях медичної допомоги.

Державний механізм організації системи медичної реабілітації забезпечує стратегічне планування управлінських дій та прогнозування стану розвитку системи медичної реабілітації як результат політичних рішень і, відповідно, характеризується такими особливостями: мета, функціональний блок, інституціональний блок, блок ресурсного забезпечення.

Мета функціонування державного механізму організації системи медичної реабілітації – координація процесу інтеграції системи медичної реабілітації в державну систему охорони здоров'я – носить комплексний характер, що полягає в координації дій уповноважених органів державної влади зі створення умов для реалізації 10 напрямів, визначених у програмному документі ВООЗ «Rehabilitation 2030: A Call for Action» [64], задля забезпечення потреби населення в доступності та якості реабілітаційних послуг на всіх рівнях медичної допомоги.

Доцільність формулювання мети механізму в координаційному контексті зумовлена тим, що сьогодні загальна картина суб'єктних взаємовідносин у механізмі державного управління медичною реабілітацією представлена: Міністерством охорони здоров'я; Національною службою здоров'я України; Міністерством соціальної політики; Міністерством оборони України та іншими

«силовими відомствами»; Міністерством у справах ветеранів, тимчасово окупованих територій та внутрішньо переміщених осіб України; Міністерством освіти і науки України; Фондом соціального страхування України, Фондом соціального захисту інвалідів; соціальними та іншими державними службами України. Головний уповноважений орган – МОЗ України – започаткував розроблення комплексного підходу до надання послуг із медичної реабілітації [65]: впроваджується Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ), зокрема затверджено план заходів із впровадження МКФ та його офіційний переклад; упроваджується мультидисциплінарний підхід – до номенклатури лікарських спеціальностей додана «Фізична та реабілітаційна медицина», введено кваліфікаційні характеристики більшості фахівців реабілітації (лікар фізичної та реабілітаційної медицини, фізичний терапевт, ерготерапевт, асистент фізичного терапевта, асистент ерготерапевта); підготовлено проект Концепції реформування медико-соціальної експертизи, яка змінює підхід до інвалідності; розробляється проект наказу «Про порядок організації мультидисциплінарного підходу з надання реабілітаційних послуг у закладах охорони здоров'я», що визначає механізм організації мультидисциплінарних реабілітаційних команд.

Національна служба здоров'я України, як центральний орган виконавчої влади, реалізує політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення і є уповноваженою структурою, відповідальною за ефективне витрачання бюджетних коштів під час надання медичних послуг у межах Програми медичних гарантій. Це передбачено Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та Положенням про НСЗУ. Завдання НСЗУ – здійснити закупівлю безпечних та якісних медичних послуг, необхідних пацієнту, в межах наявного бюджету Програми. Поки уповноважені органи займаються реформою системи медичної реабілітації для цивільних осіб, у системі медичного забезпечення Збройних сил України відбувається стандартизація – розроблено організаційно-функціональну схему медичної реабілітації учасників бойових дій та відповідну медичну

документацію.

Реалізація визначеної мети потребує розроблення системи взаємопов'язаних заходів та механізмів їх реалізації в межах конкретних блоків завдань: функціонального, інституціонального та ресурсного.

Функціональний блок державного механізму організації системи медичної реабілітації включає в себе комплекс організаційних заходів, адміністративних методів та інструментів для забезпечення координації та стандартизації діяльності суб'єктів надання комплексу реабілітаційних послуг, що здійснюється на всіх рівнях медичної допомоги на базі спеціалізованих реабілітаційних закладів та центрів, відділень лікарень, санаторіїв різної форми власності та відомчої підпорядкованості.

Інституціональний блок державного механізму організації системи медичної реабілітації – це встановлення «правил гри» та узгодження інтересів у процесі реорганізації системи медичної реабілітації. У системі медичної реабілітації є багато гравців і зацікавлених сторін. Основне завдання полягає в тому, щоб залучати всіх зацікавлених гравців до обговорення проблеми, яка набирає актуальності, та дійти згоди щодо можливих сценаріїв утілення пропонованих змін. Коли відповідне питання стає пріоритетом, процес починається з політичного брифінгу: це інформування про наявну ситуацію, наведення фактажу, який свідчить на користь пропонованої зміни.

Ресурсний блок державного механізму організації системи медичної реабілітації включає в себе механізми забезпечення такими ресурсами: фінансовими, кадровими, інформаційними. Місія ВООЗ з оцінювання системи реабілітації в Україні засвідчила, що ресурсів для надання реабілітаційної допомоги в країні багато, але їх координація та використання зазвичай не є якісними та ефективними. Важливим для ефективного функціонування даного блоку є розуміння уповноваженими суб'єктами того, що реабілітація – це інвестиція, а не витрата для суспільства. Саме тому ВООЗ рекомендує, щоб вона оплачувалася через загальне медичне страхування. Тобто щоб за неї платила або держава з бюджету, або страхова система.

### **3.2. Використання цифрових технологій та інновацій для підвищення якості реабілітаційних послуг**

Необхідною умовою для підвищення ефективності, доступності та якості медицини, в тому числі – реабілітаційних послуг стає застосування інноваційно-інформаційних технологій у сфері публічного управління охороною здоров'я. Використання інноваційних технологій забезпечує ефективне управління ресурсами та дозволяє знизити витрати та підвищити їх продуктивність.

Використання цифрових систем для планування і розподілу ресурсів допомагає уникнути їхнього нецільового використання та забезпечує рівномірний розподіл ресурсного навантаження між підрозділами й пацієнтами, що їх використовують.

Важливою умовою ефективності і якості процесів медичної реабілітації є забезпечення інтеграції міждисциплінарних команд, що в свою чергу забезпечує комплексний підхід до лікування та якісне надання реабілітаційних послуг.

Знизити потребу в численних візитах до різних спеціалістів та забезпечити постійну координацію лікування осіб, які потребують реабілітації можливо шляхом створення єдиних медичних центрів з пакетом необхідних для пацієнта послуг. Подібне впровадження вимагає широкого використання цифрових технологій: створення та використання цифрових платформ з надання реабілітаційних послуг, електронних баз даних, застосування е-медицини, телемедицини, теле-консультування й інших телеметричних технологій. Необхідність інноваційних змін у сфері медичної реабілітації впливає з аналізу можливостей впровадження інновацій та інструментів їх забезпечення:

1. Підвищення якості та доступності послуг: цифрові технології дозволяють покращити якість медичних послуг, забезпечуючи доступ до сучасних методик та технологій лікування (впровадження телемедицини дозволяє пацієнтам з віддалених регіонів отримувати консультації висококваліфікованих спеціалістів без потреби подорожувати).

2. Забезпечення безперервності лікування: інформаційні технології

забезпечують безперервний моніторинг (Використання мобільних додатків для відстеження прогресу реабілітації дозволяє пацієнтам і лікарям оперативно реагувати на будь-які зміни у стані здоров'я стану пацієнтів та адаптацію лікування в режимі реального часу).

3. Підвищення рівня мотивації пацієнтів: інтерактивні та ігрові технології можуть підвищити мотивацію пацієнтів до виконання реабілітаційних програм (використання імерсійних технологій, у т.ч., віртуальної реальності для проведення реабілітаційних вправ робить процес лікування цікавішим та більш залученим для пацієнтів).

4. Поліпшення збору та аналізу даних: цифрові технології дозволяють ефективно збирати та аналізувати медичні дані, що сприяє прийняттю обґрунтованих управлінських рішень (використання великих даних та алгоритмів штучного інтелекту для аналізу ефективності різних методик реабілітації допомагає покращити стандарти лікування).

Держава, через інститути та механізми публічного управління, повинна стати основним проєктувальником і гарантом змін стосовно досягнення поставлених цілей. Через законодавчі органи має забезпечувати швидку й релевантну реакцію на запит суспільства у поліпшенні системи реабілітації через прийняття нових, чи внесення змін до вже діючих законів України.

Виконавчі органи мають оперативно реагувати на зміни законодавчого поля та через структурно-функціональні та адміністративно-управлінські механізми забезпечувати виконання унормованих методик, технологій та моделей реабілітації пацієнтів. Таким чином для адаптації системи публічного управління у сфері медичної реабілітації до сучасних викликів та потреб необхідне удосконалення нормативно-правового, організаційного та інноваційно-інформаційного забезпечення змін системи публічного управління.

Впровадження цифрових технологій, оптимізація ресурсів та інтеграція міждисциплінарних підходів забезпечать підвищення якості та доступності реабілітаційних послуг, що, в свою чергу, сприятиме покращенню здоров'я та якості життя населення. Удосконалення інноваційно-інформаційного



забезпечення вимагає відповідних змін в організації процесу медичної реабілітації та управління цим процесом як на локальному, так і на загальнодержавному рівнях.

Інноваційний процес у сфері медичної реабілітації, зважаючи на фази його перебігу, умовно доцільно розділити на чотири етапи: розробка, випробування, узаконення та впровадження. На кожному етапі задіяні ті чи інші інституції, що входять до системи публічного управління сферою медичної реабілітації, які мають через механізми регулювання, моніторингу і контролю, адміністративного та громадського впливу корегувати та інтегрувати сучасні інноваційно-інформаційні технології медичної реабілітації в систему охорони здоров'я для відновлення пацієнтів та повернення їх до життєдіяльності. Для забезпечення оперативності протікання усіх названих вище етапів знову ж на допомогу приходять сучасні інноваційні технології. Тобто створюється замкнене коло – замкнена система публічного управління медичною реабілітацією, в основі якої є інновації, впровадження яких забезпечується інноваційно-інформаційним середовищем.

Організаційно-управлінське забезпечення на кожному етапі здійснюється відповідними інституціями:

I-й етап – розробка інновацій – науково-дослідні установи, лабораторії, науково-дослідні розробки кафедр університетів тощо;

II-й етап – випробування інновацій – експериментальні медичні реабілітаційні центри, майданчики, базові територіальні центри з дослідження пілотних проєктів тощо;

III-й етап – узаконення інновацій – органи законодавчої та виконавчої влади різних рівнів;

IV-й етап – впровадження інновацій – заклади охорони здоров'я різного рівня та різних форм власності, реабілітаційні центри, тощо.

Таким чином зрозуміло, що для ефективного впровадження інновацій у сферу медичної реабілітації необхідно створити сприятливе інноваційно-інформаційне середовище та забезпечити взаємодію усіх різнопланових

впливових і зацікавлених сил, що задіяні на усіх етапах від розробки до впровадження інноваційного продукту.

Для більшого розуміння проблематики, що пов'язана з розвитком системи публічного управління процесами медичної реабілітації в умовах цифровізації вважаємо за доречне проаналізувати, які цифрові продукти використовуються у сфері реабілітації в Україні та у світі та означити їх характерні риси, практичне використання та переваги. Так, у сфері медичної реабілітації в Україні та світі використовуються різноманітні цифрові продукти, які значно покращують ефективність та доступність реабілітаційних послуг:

1. Електронні медичні картки (ЕМК), які зберігають усі дані про пацієнта, включаючи історію хвороб, результати обстежень, плани лікування та реабілітації. Як приклад використання в Україні є інтеграція ЕМК в систему eHealth, що дозволяє лікарям швидко отримувати доступ до необхідної інформації та координувати реабілітаційний процес. Переваги ЕМК в тому, що вона забезпечує зручний доступ до медичних даних, підвищує точність діагностики та планування лікування, знижує ризик помилок.

2. Системи телемедицини з використанням цифрової платформи для проведення дистанційних консультацій, моніторингу стану пацієнтів та надання реабілітаційних послуг онлайн. Так працює система «Доктор онлайн» в Україні, що дозволяє проводити консультації з фахівцями без потреби особистого візиту. Її перевага це зручність для пацієнтів, особливо в умовах карантину або для тих, хто живе у віддалених районах, а також економія часу та ресурсів.

3. Мобільні додатки з реабілітації для смартфонів та планшетів, які допомагають пацієнтам виконувати реабілітаційні вправи, відстежувати прогрес та отримувати рекомендації. Так, наприклад при хронічних болях у спині для реабілітації можна використати можливості додатку «Kaia Health», який використовує технологію штучного інтелекту для аналізу рухів. Перевагою цього й інших мобільних додатків є доступність для широкого кола користувачів, інтерактивність, можливість персоналізації програм реабілітації.

4. Імерсійні технології такі як: віртуальна реальність (VR) – для створення

повністю віртуального середовища, в яке занурюється користувач за допомогою спеціальних окулярів або шолома; доповнена реальність (AR) – для накладання цифрових зображень або інформації на реальний світ за допомогою спеціальних окулярів або мобільних пристроїв та змішана реальність; (MR) – комбінація реального та віртуального світів, де фізичні та цифрові об'єкти взаємодіють у реальному часі. Їх використання у медичній реабілітації відкриває нові можливості для удосконалення системи публічного управління, підвищуючи ефективність лікування, доступність та мотивацію пацієнтів. Так, використання VR-технологій для створення імітованих середовищ, де пацієнти можуть виконувати реабілітаційні вправи в ігровій формі застосовуються швейцарською компанією «MindMaze», що розробляє VR-рішення для реабілітації після інсультів та травм мозку. Перевагами імерсійних технологій є те, що таким чином підвищується мотивацію пацієнтів, створюються реалістичні сценарії для тренування. Такі технології можуть бути використані для різних типів реабілітації (фізична, когнітивна тощо).

5. Роботизовані системи передбачають використання роботів та екзоскелетів для підтримки та покращення рухової активності пацієнтів. Наразі компанія «Ekso Bionics» створює екзоскелети для пацієнтів з травмами хребта та інсультами, що допомагає відновлювати рухові функції, забезпечує точність та повторюваність рухів, що налаштована для індивідуальних потреб пацієнта.

6. Інтернет (онлайн)-платформи для моніторингу та підтримки стану пацієнтів, обміну даними між лікарями та пацієнтами, а також надання підтримки в реальному часі. Наприклад платформа «RehabTracker» дозволяє пацієнтам відстежувати свій прогрес у реабілітації та спілкуватися з лікарями, що підвищує залученість пацієнтів, полегшує комунікацію між лікарями та пацієнтами, забезпечує безперервний моніторинг.

7. Програмне забезпечення для аналізу рухів – це програми, що використовують камери та сенсори для аналізу рухів пацієнтів і надання рекомендацій щодо корекції вправ. Такі програми покладені в основу системи «DARI Motion», яка аналізує рухи пацієнтів у реальному часі для оцінки їхнього

стану та ефективності реабілітації. Використання цієї системи забезпечує високу точність аналізу, можливість індивідуального налаштування реабілітаційних програм, підтримку зворотного зв'язку в реальному часі.

Таким чином цифрові продукти у сфері медичної реабілітації значно підвищують ефективність лікування та доступність послуг для пацієнтів. В Україні впровадження таких технологій як телемедицина, мобільні додатки та електронні медичні картки вже приносить позитивні результати, тоді як у світі активно використовуються й інші інновації: віртуальна та доповнена реальність, роботизовані системи та онлайн платформи.

Для успішної інтеграції цифрових технологій у реабілітаційний процес важливо забезпечити належну підготовку медичних працівників та створення відповідної інфраструктури.

### **3.3. Формування стратегії розвитку системи медичної реабілітації в умовах післявоєнного відновлення**

Реабілітаційні послуги разом із промоцією здоров'я, профілактикою хвороб, лікуванням та паліативною допомогою визнано основними стратегіями охорони здоров'я [66] сьогодення. Але достатньо довгий час вони вважались другорядним напрямом. У 2017 р. за ініціативою Всесвітньої організації охорони здоров'я «Реабілітація – 2030» розпочався рух зі збільшення масштабів реабілітації на рівні країн.

Документ «Реабілітація – 2030: заклик до дій» окреслив 10 пріоритетних напрямків дій щодо зміцнення систем охорони здоров'я у сфері надання реабілітаційних послуг:

1. Мобілізація рішучої підтримки реабілітації з боку керівників і політичних кіл на субнаціональному, національному та глобальному рівнях.
2. Удосконалення планування і надання реабілітаційних послуг на національному та субнаціональному рівнях.

3. Поглиблена інтеграція реабілітаційних послуг у систему охорони здоров'я і зміцнення міжсекторальних зв'язків на користь оперативного та ефективного задоволення потреб населення.

4. Включення реабілітації до загальнодоступних послуг охорони здоров'я.

5. Побудова моделей комплексного надання реабілітаційних послуг на користь забезпечення рівного доступу до якісних послуг для всіх людей, у тому числі тих, які проживають у сільських та віддалених районах.

6. Створення великого багатопрофільного контингенту фахівців у сфері реабілітації з урахуванням специфіки кожної країни, а також пропаганди концепції реабілітації на всіх рівнях навчання працівників галузі охорони здоров'я.

7. Розширення фінансування реабілітаційних послуг через відповідні механізми.

8. Збір актуальної інформації про реабілітацію для вдосконалення систем медико-санітарної інформації, включаючи дані загальносистемного рівня реабілітації й інформацію про функціональні можливості з використанням Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я.

9. Нарощування дослідницького потенціалу та розширення доступності надійних даних про реабілітацію.

10. Створення і зміцнення мереж та партнерств у сфері надання реабілітаційних послуг, особливо між країнами з низьким, середнім і високим рівнями доходів.

З метою зміцнення систем охорони здоров'я країн ВООЗ запропонувала концепцію «Основні складові системи охорони здоров'я» [67, 68], що демонструвала поєднання певних складових системи охорони здоров'я з реабілітаційними компонентами, створивши загальну структуру реалізації системи реабілітації (рис. 3.1).

Розуміючи різноманітність та особливості систем охорони здоров'я

різних країн, Всесвітня організація охорони здоров'я пропонує 4 стадії зміцнення системи реабілітації з використанням певних інструментів оцінки, планування та реалізації (рис. 3.2), характеризуючи кожну стадію (табл. 3.1).

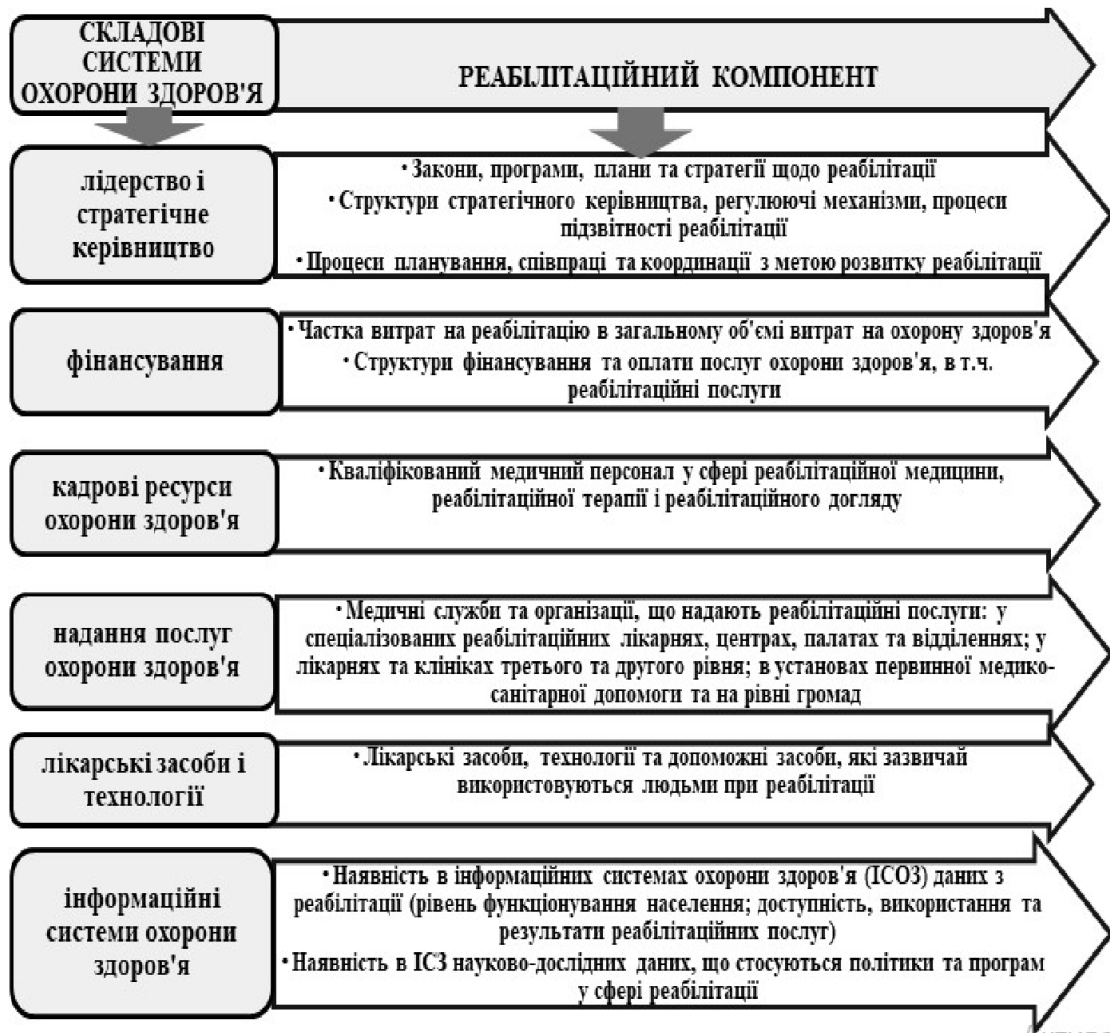


Рис. 3.1. Загальна структура реалізації системи реабілітації [67]

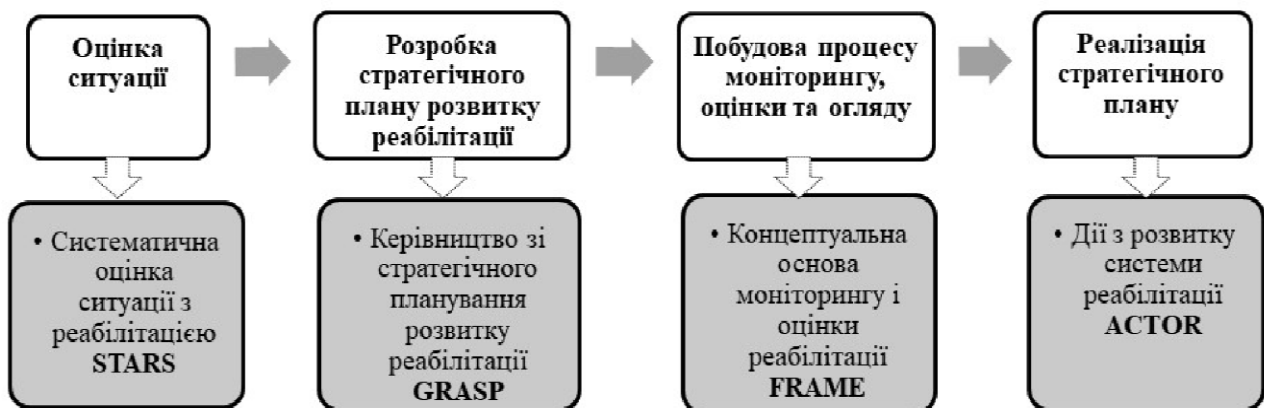


Рис. 3.2. Процес зміцнення реабілітаційної системи за ВООЗ [67]



Таблиця 3.1

### Процес зміцнення реабілітаційної системи за ВООЗ

Стадія	Зміст	Види робіт
1	Systematic Assessment of Rehabilitation Situation (STARS) – систематична оцінка ситуації з реабілітацією	Проводиться у 4 етапи: концептуалізації; складання; консультації та польового випробування. Після першого етапу підготовки реалізується другий етап збору даних за допомогою спеціального алгоритму Template for Rehabilitation Information Collection (TRIC) На третьому етапі при структуруванні оцінки та її результатів слід використовувати Модель оцінки зрілості системи реабілітації – Rehabilitation Maturity Model (RMM). В окремих країнах ВООЗ проведена систематична оцінка ситуації з реабілітації за системою STARS – Йорданії, М'янмі, Шрі-Ланці, на Соломонових островах, у Лаосі, Гаїті, Гайані, Албанії, Грузії. Розроблена та апробована ВООЗ методика STARS дозволяє на четвертому етапі сформулювати повноцінний та змістовний звіт щодо оцінки ситуації з реабілітації в системі охорони здоров'я країни, який можна брати за основу для реалізації наступної стадії
2	Стратегічне планування розвитку реабілітації відповідно до Керівництва Guidance for Rehabilitation Strategic Planning (GRASP), що дозволяє сформувати високоякісний стратегічний план	Проводиться у 4 етапи: підготовку до стратегічного планування; визначення пріоритетів та підготовку першого проекту плану; проведення консультацій, огляд, остаточне доопрацювання плану та складання кошторису витрат на його реалізацію; затвердження стратегічного плану на рівні уряду, його розповсюдження серед зацікавлених сторін та комунікаційне забезпечення. Останній етап особливо важливий для мобілізації політичної та ресурсної підтримки стратегічного плану розвитку реабілітації.
3	Розробка процесів моніторингу й оцінки розробленого стратегічного плану відповідно до «Концептуальної основи моніторингу та оцінки реабілітації» – Framework for Rehabilitation Monitoring and Evaluation (FRAME)	Вказана концепція використовує Меню показників реабілітації – Rehabilitation Indicator Menu (RIM), яке включає 6 основних та 34 розширені показники. ВООЗ рекомендує всім країнам використовувати основні показники, які розроблені для покращення моніторингу реалізації стратегічних планів розвитку системи реабілітації та забезпечення можливості порівняння даних різних країн. Розширені показники охоплюють ширший спектр результатів реабілітації, який можна адаптувати до конкретних цілей стратегічного плану розвитку системи реабілітації в країні
4	Реалізація стратегічного плану	Проводиться в 2 етапи: створення повторюваного циклу реалізації плану і нарощування потенціалу лідерства та стратегічного керівництва у сфері реабілітації. Процес реалізації представлений у документі «Дії з розвитку системи реабілітації» – Action on Rehabilitation (ACTOR).

Система реабілітації в умовах війни в Україні базується на таких стовпах: законодавство та нормативні акти, надання послуг, планування мережі реабілітаційних закладів і підвищення кваліфікації фахівців з реабілітації, а також допоміжні технології.

В планах: створити стратегію розвитку реабілітації, повністю інтегровану



в стратегії розвитку охорони здоров'я та відновлення України; завершити розвиток стаціонарної реабілітаційної мережі у складі спроможної мережі; впровадити нову (не біомедичну) систему оплати за реабілітацію в охороні здоров'я».

Враховуючи попередні проблеми інтеграції реабілітації в систему медичних послуг, необхідно визначити суб'єктом керованої системи реабілітаційної допомоги Міністерство охорони здоров'я, оскільки:

- реабілітація – це стратегія охорони здоров'я, яка передбачає промоцію здоров'я, профілактику, лікування, догляд та реабілітаційні заходи, які здійснюються в контексті стану здоров'я або порушень;
- реабілітаційні послуги зазвичай надаються разом з іншими медичними послугами та мають спільні ресурси: фінансування, технології, інфраструктуру та людські ресурси;
- планування та розробка політики реабілітаційної допомоги мають базуватися на даних з офіційних інформаційних систем охорони здоров'я.

Систематизація інфраструктурних проєктів галузі охорони здоров'я, швидка оцінка збитків і потреб медичної системи, координація міжнародної технічної допомоги для реалізації реставраційних та інфраструктурних проєктів для відновлення та модернізації українських закладів охорони здоров'я – пріоритети відновлення системи у повоєнний період, які будуть покладені в основу нової стратегії розвитку.

Розвиток системи медичної реабілітації в Україні вже продемонстрував низку позитивних результатів, що поступово впливають на якість надання послуг, доступність допомоги та підвищення рівня самостійності пацієнтів.

По-перше, збільшення кількості спеціалізованих реабілітаційних центрів і відділень, а також осучаснення їхнього обладнання сприяють удосконаленню процесу відновлення пацієнтів після травм, хвороб чи оперативних втручань.

По-друге, запровадження індивідуальних реабілітаційних програм, розроблених мультидисциплінарними командами фахівців, забезпечує цілісний підхід до відновлення: пацієнти отримують не лише медичну та фізичну, а й

психологічну, логопедичну та соціальну підтримку.

По-третє, удосконалення нормативно-правової бази та впровадження сучасних клінічних протоколів підвищують ефективність і прозорість надання реабілітаційних послуг.

Усе це в сукупності з розширенням доступу до міжнародного досвіду і стандартів у реабілітації, підготовкою кадрів та проведенням наукових досліджень сприяє покращенню довгострокових результатів лікування, скороченню термінів відновлення та підвищенню якості життя пацієнтів.

У повоєнний період стратегія розвитку медичної реабілітації має ґрунтуватися на комплексному та системному підході, що враховує потреби як військових, так і цивільних осіб, котрі зазнали ушкоджень різного характеру.

По-перше, у ній варто передбачити розбудову мережі реабілітаційних закладів, включно з модернізацією існуючих центрів та створенням нових спеціалізованих установ, обладнаних за сучасними стандартами.

По-друге, необхідно визначити чіткі стандарти та протоколи надання реабілітаційних послуг, уніфікувати підходи до оцінки стану пацієнта, планування індивідуальних програм і моніторингу результатів, а також інтегрувати міжнародний досвід у національні клінічні практики.

По-третє, стратегія має охоплювати питання професійної підготовки та підвищення кваліфікації реабілітаційних фахівців, включно з медиками, психологами, фізіотерапевтами, ерготерапевтами, логопедами та соціальними працівниками.

Окрему увагу слід звернути на розвиток реабілітації на первинному рівні медичної допомоги, аби пацієнти отримували підтримку з перших днів після травми чи захворювання, а також на впровадження нових технологій: телереабілітації, дистанційного навчання пацієнтів, застосування робототехніки й інноваційних методик. У стратегії варто закріпити ефективний механізм фінансування, що гарантуватиме сталість реформ, а також упроваджувати інструменти для регулярної оцінки ефективності системи, коригування планів і вдосконалення стандартів у міру накопичення досвіду. Важливим елементом

має стати підтримка міжсекторальної взаємодії, де до процесу реабілітації залучатимуться не лише медичні, але й освітні, соціальні, професійні та психологічні служби, забезпечуючи пацієнтам максимально повноцінне повернення до активного життя.

## ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі ступеня магістра комплексно досліджено напрями удосконалення державного управління системою медичної реабілітації в умовах війни». Результати, отримані в процесі дослідження, дають підстави для формулювання наступних висновків і пропозицій.

1. Визначено, що реабілітацію потрібно розглядати як процес, спрямований на надання всебічної допомоги хворим та інвалідам для досягнення ними максимально можливої при даному захворюванні фізичної, психічної, професійної, соціальної та економічної повноцінності. Мета реабілітації – повернення максимальної кількості хворих та інвалідів до суспільства, соціально корисної праці як необхідної умови здорового і повноцінного життя.

Відповідно до статті 6 Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» метою державної політики щодо реабілітації у сфері охорони здоров'я є створення умов для ефективної реабілітації, забезпечення доступності навколишнього середовища, можливості вести самостійний спосіб життя і всебічно брати участь у всіх аспектах життя суспільства, сприяння створенню середовища, що організоване відповідно до вимог універсального дизайну та розумного пристосування.

Основними завданнями державної політики щодо реабілітації у сфері охорони здоров'я є:

- забезпечення скоординованості принципів проведення реабілітації, реабілітаційних послуг, а також доступність допоміжних засобів реабілітації та медичних виробів (п. 1 ч. 2 ст. 6 в редакції Закону № 3911-IX від 21.08.2024);
- регламентація правових, економічних, соціальних умов проведення реабілітації з урахуванням функціональних можливостей осіб з обмеженнями повсякденного функціонування, потреби у допоміжних засобах реабілітації та медичних виробів (п. 2 ч. 2 ст. 6 в редакції Закону № 3911-IX від 21.08.2024);
- впровадження міжнародних стандартів реабілітації та психологічної допомоги в реабілітації;

- створення умов для якісного матеріально-технічного, фінансового, кадрового та науково-методичного забезпечення реабілітації;
- створення рівних умов для всіх осіб, залучених до надання реабілітаційної допомоги, та постачальників допоміжних засобів реабілітації;
- формування ефективної системи управління якістю реабілітаційної допомоги.

2. Аналіз нормативно-правової бази регулювання медичної реабілітації в Україні показав, що до повноважень органів державної влади віднесено формування організаційно-правових засад діяльності, регламентування публічно-управлінських відносин у сфері медико-соціальної реабілітації, ресурсне забезпечення системи державних установ і підприємств, спеціалізованих лікувально-реабілітаційних закладів, визначення стандартів якості надання послуг тощо.

Медична реабілітація здійснюється безоплатно державними та комунальними закладами охорони здоров'я, з якими укладено договори про медичне обслуговування населення, за направленням, відповідно до медичних показань, державного чи комунального закладу охорони здоров'я, в якому пацієнтові надавалася вторинна (спеціалізована) чи третинна (високоспеціалізована) медична допомога.

Аналіз та узагальнення підходів до організації медико-соціальної реабілітації в Україні свідчить, що ефективному функціонуванню цієї сфери заважають низка проблем у правовому регулюванні, організації та створенні належних умов для отримання якісних послуг. Постійною проблемою гальмування реформ в Україні є недостатнє фінансування розроблених і затверджених заходів, відсутність стійких пріоритетів у виробленні державної політики у сфері охорони здоров'я.

3. Узагальнення досвіду зарубіжних країн щодо організації системи медичної реабілітації показало, що реалізуючи права особи на охорону здоров'я, кожна країна світу переслідує три основні цілі функціонування системи охорони здоров'я: збереження здорових людей, лікування хворих та захист сімей від

фінансового розорення від медичних рахунків, що стимулює ці країни розвивати систему медичної реабілітації, спрямовану на відновлення здоров'я, ліквідацію або зменшення обмежень життєдіяльності (спілкування, навчання, пересування, участі у трудовій діяльності та ін.) і максимальну інтеграцію або реінтеграцію громадян у суспільство.

Досвід систем медичної реабілітації європейських країн є дуже корисним для України і може бути застосований після відповідної адаптації до української дійсності.

4. Вивчення впливу воєнних дій на систему охорони здоров'я та медичної реабілітації показало, що воєнні дії в Україні створили багатогранні виклики для систем охорони здоров'я: збільшення кількості поранених, зростання інфекційних хвороб, посилення психологічного стресу та травм. Це потребує відповідної реакції з боку держави та міжнародної спільноти для пом'якшення наслідків війни для здоров'я населення. Вплив війни посилюється і через порушення інфраструктури медичних закладів, ускладнюючи надання невідкладної та планової медичної допомоги, що підсилюється додатковими ризиками для здоров'я: погіршенням санітарних умов, нестачею питної води та електроенергії. Військова агресія росії проти України та її жахливі наслідки матимуть довготривалий згубний вплив на фізичне та психічне здоров'я українців.

Воєнний стан не тільки вніс суттєві корективи в роботу системи охорони здоров'я України, а й обумовив оперативні рішення, прийняті для удосконалення функціонування сфери охорони здоров'я. 25 лютого 2022 року Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) ухвалило Наказ № 379 «Щодо надання медичної допомоги в умовах воєнного стану військовослужбовцям, які беруть участь в операції Об'єднаних сил».

5. Оцінювання ефективності програм медичної реабілітації показало, що система реабілітації військових в Україні влаштована хаотично. Найбільш гострими проблемами вітчизняної системи реабілітації військових є: ускладнений маршрут пораненого; брак вільних місць та навчених фахівців;

інформаційний вакуум пацієнтів та їх родин; не залучення військової частини до процесу реабілітації; неякісна психологічна реабілітація; відсутність або недостатня поширеність допоміжних видів реабілітації (ігрової, дружньої, родинної, освітньої, соціальної, енімал- та бізнес-реабілітації).

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

6. Для подолання негативних наслідків, спричинених воєнними діями виникає гостра необхідність удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я, основними напрямки якого потрібно обрати:

- удосконалення політик та інститутів публічного управління в системі охорони здоров'я з метою керівництва процесом відновлення;
- посилення медичних послуг для врахування особливих потреб населення, що виникають внаслідок війни, через розвиток реабілітаційної допомоги та послуг з психічного здоров'я;
- посилення системи громадського здоров'я та готовності до надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я;
- зміцнення та підвищення кваліфікації кадрових ресурсів у системі охорони здоров'я через інтеграцію освіти та наукової діяльності у цій сфері до міжнародного контексту;
- відновлення та трансформація мережі медичних закладів з урахуванням сучасних підходів до госпітального планування;
- розвиток електронної охорони здоров'я та посилення кібербезпеки;
- забезпечення фінансової стабільності системи охорони здоров'я за допомогою впровадження гнучких методів фінансування, розширення програми медичних гарантій та розвитку ринку добровільного медичного страхування;
- посилення системи управління якістю: розробка і впровадження елементів системи забезпечення якості в охороні здоров'я на національному рівні та на рівні закладу охорони здоров'я;



– відновлення фармацевтичного сектора та покращення доступу до ліків.

7. Державний механізм організації системи медичної реабілітації забезпечує стратегічне планування управлінських дій та прогнозування стану розвитку системи медичної реабілітації як результат політичних рішень і, відповідно, характеризується такими особливостями: мета, функціональний блок, інституціональний блок, блок ресурсного забезпечення.

Мета функціонування державного механізму організації системи медичної реабілітації – координація процесу інтеграції системи медичної реабілітації в державну систему охорони здоров'я – носить комплексний характер, що полягає в координації дій уповноважених органів державної влади зі створення умов для реалізації 10 напрямів, визначених у програмному документі ВООЗ «Rehabilitation 2030: A Call for Action», задля забезпечення потреби населення в доступності та якості реабілітаційних послуг на всіх рівнях медичної допомоги.

8. Необхідною умовою для підвищення ефективності, доступності та якості медицини, в тому числі – реабілітаційних послуг стає застосування інноваційно-інформаційних технологій у сфері публічного управління охороною здоров'я. Використання інноваційних технологій забезпечує ефективне управління ресурсами та дозволяє знизити витрати та підвищити їх продуктивність. Цифрові продукти у сфері медичної реабілітації значно підвищують ефективність лікування та доступність послуг для пацієнтів. В Україні впровадження таких технологій як телемедицина, мобільні додатки та електронні медичні картки вже приносить позитивні результати, тоді як у світі активно використовуються й інші інновації: віртуальна та доповнена реальність, роботизовані системи та онлайн платформи. Для успішної інтеграції цифрових технологій у реабілітаційний процес важливо забезпечити належну підготовку медичних працівників та створення відповідної інфраструктури.

9. Створення стратегії розвитку реабілітації, повністю інтегрованої в стратегію розвитку охорони здоров'я та відновлення України; завершення розвитку стаціонарної реабілітаційної мережі у складі спроможної мережі;

впровадження нової (не біомедичної) систему оплати за реабілітацію в охороні здоров'я є завдання на перспективу.

Рекомендації та пропозиції, надані в роботі, можуть застосовуватись органами державної влади під час розробки заходів щодо подальшого розвитку державного управління системою медичної реабілітації в умовах війни в Україні.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Примачок Л. Л. Історія медицини і реабілітації: навч. посібник. Ніжин: НДУ ім. М. Гоголя, 2014. 104 с.
2. Сисоєнко І. Інвестиції у здоров'я: як має працювати система реабілітації? URL: <http://pharma.net.ua/publications/articles/16080-investicii-u-zdorovja-jak-mae-pracjuvati-sistemareabilitacii>
3. Медична та соціальна реабілітація: навч. посіб. / за заг. ред. І.Р. Мисули, Л.О. Вакуленко. Тернопіль: ТДМУ, 2005. 402 с.
4. Реабілітація. Енциклопедія сучасної України. URL: [https://esu.com.ua/search\\_articles.php?id=66073](https://esu.com.ua/search_articles.php?id=66073).
5. Крупа В. В. Зміст та значення медичної реабілітації у загальній підготовці фахівця з фізичної реабілітації. *Україна : зб. наук. пр. Хмельницького інституту соціальних технологій Університету*, 2013. № 1(7). С. 126–130.
6. Белікова Н. О. Основні визначення фізично-реабілітаційної освіти. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами*. 2009. № 6(8). URL : <http://ap.uu.edu.ua/article/177>.
- 7 Лянной Ю. О., Кукса Н. В. Професійна підготовка майбутніх магістрів з фізичної реабілітації у вищих навчальних закладах: поняттєво-термінологічний аспект. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*, 2015, 9: 307–319.
8. Лянной Ю. О. Визначення видів реабілітації у професійній підготовці майбутніх магістрів з фізичної реабілітації. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Сер. : Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт*. 2013. Вип. 112(2). С. 177–182.
9. Белікова Н. О. Основні визначення фізично-реабілітаційної освіти. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: зб. наук. пр.* № 6(8). Київ: Університет «Україна», 2009. С. 311–318.
10. Великий тлумачний словник сучасної української мови (з дод. і допов.) / уклад. і голов. ред. В. Т. Бусел. Київ ; Ірпінь : ВТФ «Перун», 2005. 1728 с.

11. Крупа В. В. Зміст та значення медичної реабілітації у загальній підготовці фахівця з фізичної реабілітації. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*. 2013. № 1. С. 126–130. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Znpkhist\\_2013\\_1\\_31](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Znpkhist_2013_1_31).
12. Основи фізичної реабілітації : навч. посіб. / за заг. ред. Л. О. Вакуленко, В. В. Клапчука. Тернопіль : ТНПУ, 2010. 234 с.
13. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України №1053-IX в редакції 20.11.2024 р. Відомості Верховної Ради (ВВР), 2021, № 8, ст.59. URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>.
14. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України № 2801-ХІІ від 19.11.1992 р. *Відомості Верховної Ради України*. 1993. № 4. Ст. 19.
15. Мухін В. М. Фізична реабілітація. Підручник для студ. ВНЗ фізвиховання та спорту. Київ: Олімп. Літ-ра, 2000. 424 с.
16. Яремчук О. В., Берлінець І. А. Проблематика державного управління у сфері медичної реабілітації в процесі трансформування національної системи охорони здоров'я. *Демократичне врядування. Науковий вісник*. 2018. Вип. 21 URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeVr\\_2018\\_21\\_13](http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeVr_2018_21_13).
17. Коваленко Т. Ю. Механізми державного управління у сфері санаторно-курортного забезпечення дітей: аспекти трансформації. *Молодий учений*. 2014. № 18. С. 693–695.
18. Конституція України від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>.
19. Бюджетний кодекс України. Закон України від 08.07.2010 р. № 2456-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17/ed20150920#Text>.
20. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.
21. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я. Закон України від 03.12.2020 р. № 1053-IX. URL: [https://ips.ligazakon.net/document/T201053?ed=2020\\_12\\_03](https://ips.ligazakon.net/document/T201053?ed=2020_12_03).

22. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей. Закон України від 20.12.1991 р. № 2011-XII. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/T201100>.

23. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/T172168>

24. Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту. Закон України від 22.10.1993 р. № 3551-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/3551-12>.

25. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні. Закон України від 06.10.2005 р. № 2961-IV. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/T052961>.

26. Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я. Постанова Кабінету Міністрів України від 3.11.2021 р. № 1268. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-%D0%BF#Text>.

27. Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України щодо забезпечення допоміжними засобами реабілітації (технічними та іншими засобами реабілітації) осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані технічні та інші засоби реабілітації, їх переліку. Постанова Кабінету Міністрів України від 12.04.2022 р. № 454. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-vnesennya-zmin-do-deyakh-postanov-kabinetuministriv-ukrayini-shchodo-zabezpechennya-dopomizhnimi-zasobami-reabilitaciyitehnicnimi-ta-inshimi-zasobami-reabilitaciyi-osib-454>.

28. Про затвердження Порядку забезпечення санаторно-курортними путівками до санаторно-курортних закладів військовослужбовців, ветеранів війни, ветеранів військової служби, органів внутрішніх справ та деяких інших категорій осіб і членів їх сімей. Постанова Кабінету Міністрів України від 06.07.2016 р. № 483. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/483-2016%D0%BF#Text>.

29. Про забезпечення організації направлення осіб із складових сил оборони та сил безпеки, постраждалих у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України, на лікування за кордон. Постанова Кабінету Міністрів України від 04.10.2022 р. № 1169. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npras/pro-vnesennia-zmin-do-poriadku-napravlennia-osib-izskladovykh-syl-oborony-ta-syl-bezpeky-1169-141022>.

30. Про затвердження Технічного регламенту щодо медичних виробів. Постанова Кабінету Міністрів України від 02.10.2013 р. № 753. URL: <https://zakononline.com.ua/documents/show/344181687423..>

31. Про затвердження Технічного регламенту щодо активних медичних виробів, які імплантують. Постанова Кабінету Міністрів України від 02.10.2013 р. № 755. № 755. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/755-2013%D0%BF#Text>.

32. Про схвалення Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 14.04.2021 р. № 366-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3662021-%D1%80#Text>.

33. Нагорянський А. О. Удосконалення державного управління системою медичної реабілітації як складової частини державної політики у сфері охорони здоров'я України. *Клінічна та профілактична медицина*. 2021. № 2. С. 63–69.

34. Берлінець І. А. Зарубіжний досвід у сфері медичної реабілітації: перспективи використання в Україні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2019. № 4. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1416>

35. Богданов С. Г. Державний механізм організації системи медичної реабілітації в Україні. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2020. Вип. 16. С. 40–46.

36. Малахов В. О., Кошелева Г. М., Родін В. О. Фізична та реабілітаційна медицина в Україні: проблеми та перспективи. *Проблеми безперервної медичної освіти та науки*. 2016. № 1. С. 6–12.

37. Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage 2019: Monitoring report of World Health Organization. URL: [https://www.who.int/healthinfo/universal\\_health\\_coverage/report/uhc\\_report\\_2019.pdf?ua=1](https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf?ua=1).

38. Муляр Г. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. *Вісник АПСВТ*. 2020. № 1–2. URL: [https://www.socosvita.kiev.ua/sites/default/files/Visnyk\\_1-2\\_2020-43-52.pdf](https://www.socosvita.kiev.ua/sites/default/files/Visnyk_1-2_2020-43-52.pdf).

39. Шевчук В. І. Організація медичної реабілітації в провідних країнах світу / В. І. Шевчук, О. Б. Яворовенко, Н. М. Беляєва, І. В. Куриленко, Н. С. Андросова. *Вісник проблем біології і медицини*. 2019. Вип. 1(2). С. 51–55. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vpbm\\_2019\\_1\(2\)\\_11](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vpbm_2019_1(2)_11).

40. Tulsy DS, Carlozzi N, Cella D. Advances in Outcomes Measurement in Rehabilitation Medicine: Current Initiatives from the National Institutes of Health and the National Institute on Disability and Rehabilitation Research. *Arch Phys Med Rehabil*. 2011 Oct;92(10):1-6. DOI: 10.1016/j.

41. White Book On Physical And Rehabilitation Medicine In Europe. *European Journal Of Physical And Rehabilitation Medicine*. 2018 April;54:2.

42. Perehudova TV. Instytutsionalne zabezpechennia realizatsii prav invalidiv: dosvid rozvynenykh krain ta stan v Ukraini. *Ekonomika: realii chasu*. 2015; 4(20): P. 41–51.

43. Melin J, Årestedt K. The Patient Participation in Rehabilitation Questionnaire (PPRQ): psychometric evaluation and revision for use in neurological rehabilitation. *Disabil Rehabil*. 2019 Jan; 8:1-8. Available from: [https://www.researchgate.net/profile/Jeanette\\_Melin3](https://www.researchgate.net/profile/Jeanette_Melin3). DOI: 10.1080/09638288.2018.1528303.

44. Putman K, De Wit L. European comparison of stroke rehabilitation. In: *Topics in Stroke Rehabilitation*. 2009. Jan-Feb; 16(1): 20-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19443344> DOI: 10.1310/tsr1601-20.



45. Holstege MS, Zekveld IG, Caljouw MA, Peerenboom PB, van BR, Gussekloo J, et al. Relationship of patient volume and service concentration with outcome in geriatric rehabilitation. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14(10):731-5.
46. Perk J, Graham I. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): the fifth joint task force of the European society of cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur J Prev Cardiol.* 2012;19:585- 667.
47. Community-based rehabilitation and the health care referral services: a guide for programme managers. Geneva, World Health Organization, 1994 [Internet]. Available from: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO\\_RHB\\_94.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_RHB_94.1.pdf).
48. Holyk V. Reabilitatsiia: povne Perezavantazhennia chy zmina dekoratsii? Interviu pro systemu reabilitatsii v Ukraini; rozmovu vela S. Ternova. *Vashe zdorovia.* 2018;01/02 12 sichnya:6-8.
49. Про затвердження Указу Президента України «Про введення воєнного стану в Україні»: Закон України від 24.02.2022 р. № 2102-IX. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/go/2102-20>.
50. Щодо надання медичної допомоги в умовах воєнного стану військовослужбовцям, які беруть участь в операції Об'єднаних сил: Наказ МОЗ України від 25.02.2022 р. № 379. URL: [https:// moz.gov.ua](https://moz.gov.ua).
51. Питання Національної ради з відновлення України від наслідків війни: Указ Президента України від 21 квітня 2022 р. № 266/2022. URL : [https://ips.ligazakon.net/ document/U266\\_22](https://ips.ligazakon.net/document/U266_22).
52. Ресурси системи охорони здоров'я в умовах війни. URL : [https://niss.gov.ua/news/ komentari-ekspertiv/resursy-systemy-okhorony-zdorovya-v-umovakh-viyny-zhovten-2022r](https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/resursy-systemy-okhorony-zdorovya-v-umovakh-viyny-zhovten-2022r).
53. World Health Organization (WHO). Ukraine's health system shows resilience, but barriers remain. 2023. URL: <https://www.who.int/europe/news/item/17-03-2023-ukraine-s-health-system-shows-resilience--but-barriers-remain>.

54. Нитка О. Стратегічні вектори розвитку закладів охорони здоров'я в умовах війни та післявоєнної відбудови. *Herald of Khmelnytskyi National University. Economic Sciences*. 2024, 332(4), 339-347. URL: <https://doi.org/10.31891/2307-5740-2024-332-52>.

55. Дослідження Української Гельсінської спілки з прав людини «Два роки під прицілом. Медичні та освітні заклади, з якими воює Росія». URL: [https://www.helsinki.org.ua/wpcontent/uploads/2024/05/Press\\_Med\\_Osvit\\_CoverA4-1-1.pdf](https://www.helsinki.org.ua/wpcontent/uploads/2024/05/Press_Med_Osvit_CoverA4-1-1.pdf).

56. Від початку повномасштабного вторгнення РФ в Україні загинуло 128 медпрацівників, 288 поранено – ВООЗ. URL: <https://interfax.com.ua/news/general/978071.html>.

57. Реальні цифри набагато вищі: втрати серед цивільного населення України за даними ООН. URL: <https://www.slovoidilo.ua/2024/02/20/infografika/suspilstvo/realni-cyfry-nabahato-vyshhi-vtraty-seredcyvilnoho-naselennya-ukrayiny-danymy-oon>.

58. ПТСР та загострення хронічних хвороб: як війна вплине на здоров'я українців. URL: <https://www.slovoidilo.ua/2022/11/01/infografika/suspilstvo/ptsr-ta-zahostrennya-xronichnyx-xvorob-yak-vijna-vplyne-zdorovyua-ukrayincziv>.

59. Пашнєв В. Необхідність удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я в умовах війни. *Успіхи і досягнення в науці*. 2024. № 3(3). Том 2. С. 181–193.

60. Проект Плану відновлення України: Матеріали робочої групи «Охорона здоров'я». Національна рада з відновлення України від наслідків війни. Retrieved from <https://www.kmu.gov.ua/storage/app/sites/1/recoveryrada/ua/health-care.pdf>.

61. Дослідження «Шлях пораненого: потреби, проблеми та бачення майбутнього». URL: <https://www.pryncyp.com/analytics/socziologichne-doslidzhennya-shlyah-poranenogo-potreby-problemy-tabachennya-majbutnogo/>

62. Звіт Національної служби здоров'я за II квартал : аналітичний звіт. *Національна служба здоров'я*. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/storage/files/2qrt2022-report.pdf?1674340547>.

63. Перелік реабілітаційних установ, закладів охорони здоров'я, які здійснюють заходи із реабілітації дітей з інвалідністю. *Фонд соціального захисту осіб з інвалідністю*. URL: <https://www.ispf.gov.ua/diyalnist/reabilitaciya-ditej/perelik-reabilitacijnih-ustanov>.

64. Rehabilitation 2030: A Call for Action / World Health Organization. URL : <https://www.who.int/rehabilitation/rehab-2030-call-for-action/en/>

65. МОЗ України розробляє комплексний підхід до надання послуг з медичної реабілітації. Міністерство охорони здоров'я України. URL : <https://moz.gov.ua/article/news/moz-ukraini-rozrobljae-kompleksnij-pidhid-do-nadannja-poslug-z-medichnoi-reabilit>

66. Report of the Global conference on primary health care: from Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development [Electronic resource]. Geneva : World Health Organization, 2019. 48 p. URL : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330291/WHO-UHC-IHS-2019.62-eng.pdf>.

67. Rehabilitation in health systems: guide for action [Electronic resource]. Geneva : World Health Organization, 2019. 63 p. URL : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325607/9789241515986-eng.pdf?ua=1>.

68. WHO Health Systems Strengthening glossary [Electronic resource]. URL : [https://www.who.int/healthsystems/Glossary\\_January2011.pdf](https://www.who.int/healthsystems/Glossary_January2011.pdf).