ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Навчально-науковий інститут управління, економіки та бізнесу
Кафедра публічного адміністрування

«Допущено до захисту»
Завідувач кафедри
_____
І.А.Семенець-Орлова
«____»_____2026 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти

на тему:

«УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ: ДЕРЖАВНО-УПРАВЛІНСЬКІ МЕХАНІЗМИ»

Виконав: студент групи
ТУ-4-24-М1ПУА(2.0здс)
спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»
Настенко Олексій Володимирович
Керівник: д.держ.упр. Дакал А.В.

Київ – 2026

АНОТАЦІЯ

Настенко Олексій Володимирович. «Удосконалення системи медичної реабілітації в Україні в умовах воєнного стану: державно-управлінські механізми».

Кваліфікаційна робота на здобуття рівня вищої освіти «магістр» із спеціальності «Публічне управління та адміністрування» - Міжрегіональна Академія управління персоналом – Київ. 2026

У кваліфікаційній роботі визначено теоретичні засади дослідження системи медичної реабілітації в Україні. Проаналізовано сучасний стан забезпечення системи медичної реабілітації в Україні. Запропоновано напрями удосконалення системи медичної реабілітації в Україні.

Ключові слова: медична реабілітація, публічне управління, реабілітаційні послуги, санаторно-курортне лікування, органи місцевого самоврядування.

SUMMARY

Nastenko Oleksiy. "Improving the Medical Rehabilitation System in Ukraine under Martial Law: State Management Mechanisms".

Thesis for obtaining the level of higher education "Master" in "Public Administration" - Interregional Academy of Personnel Management - Kyiv. 2026

The thesis defines the theoretical foundations for researching the medical rehabilitation system in Ukraine. It analyzes the current state of support for the medical rehabilitation system in Ukraine. Furthermore, it proposes directions for improving the medical rehabilitation system in Ukraine.

Key words: medical rehabilitation, public management, rehabilitation services, sanatorium-and-spa treatment, local self-government bodies.

ЗМІСТ

ВСТУП 4

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ 8

1.1 Система організації реабілітаційної допомоги в Україні як наукова проблема 8

1.2 Міжнародний досвід організації реабілітаційної допомоги 13

1.3 Аналіз нормативно-правового забезпечення медичної реабілітації в Україні 19

Висновки до першого розділу 28

РОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ СТАН ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ 30

2.1 Санаторно-курортний та рекреаційний потенціал України 30

2.2 Потреби населення України в реабілітаційній допомозі 35

2.3 Проблеми забезпечення системи медичної реабілітації в Україні 41

Висновки до другого розділу 45

РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ 48

3.1 Напрями удосконалення функціонування системи медичної реабілітації в Україні 48

3.2 Шляхи створення ефективної системи медичної реабілітації в Україні 52

Висновки до третього розділу 55

ВИСНОВКИ 57

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 60

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Усвідомлення соціальної цінності людини і громадянина, закріплене в конституційній моделі України як соціальної держави, зумовлює підвищену увагу публічної влади до політик, які відновлюють функціонування, автономність і гідну якість життя людей, що зазнали травм, хвороб або стійких обмежень життєдіяльності. У цьому контексті медична реабілітація є не лише складовою системи охорони здоров'я, а й наскрізним інструментом соціальної політики, що безпосередньо впливає на реалізацію політичних, економічних, соціальних і культурних прав людини. Актуальність теми різко посилилася в умовах воєнного стану через зростання кількості поранених, осіб з інвалідністю, ветеранів та постраждалих цивільних, для яких реабілітація є довготривалим процесом, що включає раннє відновлення, протезування, фізичну, психологічну та соціальну підтримку, а також повернення до навчання, праці й життя в громаді. За оцінками міжнародних і національних інституцій, масштаби потреб у протезуванні та комплексній реабілітації зросли критично: станом на середину 2024 року внаслідок війни фіксувався показник близько 100 000 ампутацій, що безпосередньо підвищило навантаження на реабілітаційну інфраструктуру. Одночасно система підтримки людей, які потребують допоміжних засобів реабілітації, демонструє значний обсяг запиту: за офіційними даними, лише за перше півріччя 2025 року понад 56 000 людей отримали майже 208 000 допоміжних засобів реабілітації на суму 2,4 мільярда гривень у межах державної програми.

Актуальність підсилюється й загальною кризовою напругою на медичну систему: у гуманітарних планових документах на 2025 рік оцінюється, що понад 9,2 мільйона людей в Україні потребуватимуть медичної допомоги, що опосередковано відображає зростання попиту на травматологічну допомогу та подальшу реабілітацію. За таких умов "рівні можливості" для людей з інвалідністю, дітей, учасників бойових дій та інших постраждалих груп набувають конкретного управлінського змісту: доступність послуг за місцем

проживання, безперервність “маршруту реабілітації”, узгоджені стандарти якості, кадрове забезпечення мультидисциплінарних команд, прозоре фінансування, а також інтеграція медичного, соціального, освітнього та правового компонентів підтримки. Саме тому переорієнтація вже наявних і поява нових завдань публічної політики у сфері реабілітації зумовлює потребу вдосконалення організаційних і правових механізмів, зокрема міжвідомчої координації та управління даними про потреби, результати і забезпечення реабілітаційними засобами. Водночас наявна нормативно-правова база, попри розгалуженість, потребує подальшої систематизації та практичної узгодженості, оскільки фрагментарність регулювання, різні підходи в секторах і нерівномірність спроможності територій ускладнюють реалізацію прав людей на своєчасну й якісну реабілітацію.

Окремі питання у сфері медичної реабілітації та соціального захисту осіб, які потребують реабілітаційної допомоги, висвітлювалися у працях українських і зарубіжних дослідників, зокрема: В. Андреєва, В. Андріїва, К. Бабова, В. Козявкіна, Я. Безуглої, Н. Болотіної, В. Венедиктова, Т. Гарасиміва, В. Гоц, І. Гуменюк, А. Єгорова, В. Жернакова, Є. Карновської, З. Кондратьєвої, Л. Лазор, О. Мачульської, П. Пилипенка, О. Процевського, І. Сироти, Б. Сташківа, Б. Стичинського, С. Сивак, Н. Стаховської, Є. Тучкової, І. Самосюка, Г. Чанишевої, О. Юшковської, М. Флястера, Я. Фогеля, В. Шайхатдінова та інших. Водночас воєнний контекст загострив саме державно-управлінські виклики: забезпечення безперервності реабілітації від гострого етапу до повернення в громаду; управління дефіцитом кадрів і потужностей; інтеграція протезування, психологічної підтримки та соціальної реінтеграції; узгодження ролей центральних органів виконавчої влади, місцевого самоврядування та надавачів послуг; побудова системи моніторингу результатів, яка орієнтується не лише на “надану послугу”, а на відновлення функціонування і самостійності людини. Це формує запит на цілісне дослідження механізмів публічного управління системою медичної реабілітації в Україні.

Об'єкт дослідження – державна система організації надання реабілітаційних послуг в Україні.

Предмет дослідження – удосконалення системи медичної реабілітації в Україні в державно-управлінському вимірі, з урахуванням потреб воєнного часу та вимог до міжсекторної координації.

Мета і завдання дослідження. Мета – теоретичне обґрунтування, аналіз і розроблення рекомендацій щодо підвищення ефективності системи медичної реабілітації в Україні з позицій публічного управління.

Досягнення мети передбачає виконання таких завдань:

визначити поняття та сутність системи реабілітаційної допомоги в Україні з акцентом на відновлення функціонування і автономності людини;

узагальнити міжнародний досвід організації реабілітаційної допомоги та можливості його адаптації в Україні;

охарактеризувати санаторно-курортний і рекреаційний потенціал України як один із ресурсів реабілітаційної інфраструктури та окреслити напрями його модернізації;

виділити ключові проблеми забезпечення системи медичної реабілітації в Україні в умовах зростання потреб унаслідок війни;

розробити основні напрями вдосконалення функціонування системи медичної реабілітації в Україні, включно з координацією між рівнями влади та секторами;

запропонувати практичні шляхи створення ефективної системи медичної реабілітації, зокрема через удосконалення нормативного регулювання, фінансування, управління даними, стандартів якості та доступності послуг на рівні громад.

Практичне значення отриманих результатів. Практичне значення полягає в обґрунтуванні теоретичних положень і розробленні конкретних пропозицій щодо підвищення ефективності організації реабілітації в Україні, сукупність яких сприятиме, з одного боку, формуванню дієвої системи координації послуг різних секторів (медичного, соціального, освітнього, правового) через сучасні

організаційні механізми публічного управління та прозорий облік потреб і результатів; з іншого – системному розвитку і переоснащенню реабілітаційної інфраструктури, включно із закладами санаторно-курортної сфери, з урахуванням принципів доступності та фактичних потреб людей, які проходять відновлення після травм і захворювань.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети використано діалектичний і системний методи пізнання, що дали змогу дослідити стан правового та інституційного забезпечення реабілітації і визначити перспективи його розвитку; порівняльно-правовий та формально-логічний методи застосовано для аналізу норм і встановлення їх відповідності міжнародним соціальним стандартам у сфері реабілітації; статистичний метод використано для підсилення обґрунтування актуальності проблеми на основі доступних офіційних і міжнародних оцінок. Висновки та рекомендації базуються на положеннях Конституції України, аналізі законодавства у сфері реабілітації та практиці його реалізації в умовах воєнного стану та трансформації системи охорони здоров’я і соціального захисту.

Емпірична база дослідження. Емпіричну базу склали міжнародно-правові акти, Конституція України, закони України та інші нормативно-правові акти України, а також відкриті дані і публічні матеріали міжнародних організацій та центральних органів виконавчої влади, які відображають масштаби потреб у реабілітації та забезпеченні допоміжними засобами.

Структура магістерської роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, що містять вісім підрозділів, висновків та списку використаних джерел (82 найменування). Повний обсяг – 68 сторінок.

РОЗДІЛ 1.
ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ

1.1 Система організації реабілітаційної допомоги в Україні як наукова проблема

Згідно з підходами експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я та Міжнародної організації праці, реабілітація трактується як цілісна система державних, соціально-економічних, медичних, професійних, педагогічних і психологічних заходів, спрямованих на запобігання розвитку станів, що зумовлюють тимчасову або стійку втрату працездатності, а також на максимально раннє й ефективне повернення пацієнтів та осіб з інвалідністю (дітей і дорослих) до повноцінної участі в суспільному житті. Термін "реабілітація" має латинське походження: habílís означає "здатність", rehabílís – "відновлення здатності". В українській практиці тривалий час поширеним є поняття "медико-соціальна реабілітація", яке підкреслює відновлення фізичного, психологічного та соціального статусу людини, втраченого внаслідок захворювання або травми.

У сучасному розумінні реабілітація не зводиться лише до медичних процедур: у фокусі перебувають функціональні можливості, самостійність і повернення до звичних ролей – навчання, праці, сімейного та громадського життя. Саме тому поряд із відновленням працездатності та навичок, важливими результатами реабілітації виступають економічна незалежність, підвищення якості життя та зменшення соціальної ізоляції, а також оптимізація суспільних витрат, пов'язаних із довготривалою підтримкою людей із вираженими обмеженнями життєдіяльності.

Концепція реабілітації використовується в різних галузях науки і практики та охоплює правовий, медичний, психологічний, професійний і соціальний виміри. Наприклад, у правовому контексті термін може позначати відновлення

правового статусу людини та усунення правових наслідків необґрунтованого звинувачення, тоді як у медичній площині йдеться про відновлення здоров'я, працездатності, соціального статусу й повернення до максимально можливого оптимального фізичного, духовного та професійного життя. Відповідно до підходів Міжнародної організації праці, реабілітація орієнтована на відновлення здоров'я людей з фізичними та ментальними порушеннями з метою досягнення максимально можливого рівня їх фізичного, психічного, соціального і професійного функціонування.

У науковому дискурсі реабілітація визначається також як комплексна соціально необхідна функціональна й соціально-професійна підтримка хворих та осіб з інвалідністю (дітей і дорослих), що реалізується через поєднання державних, соціальних, медичних, психологічних, педагогічних, правових та інших заходів [44]. У словниково-довідникових джерелах із соціальної роботи реабілітацію описують як дії, спрямовані на відновлення фізичних, розумових і соціальних можливостей; цей узагальнювальний термін застосовується до осіб із тимчасовою або постійною інвалідністю, а також до дітей з інвалідністю з дитинства [6]. У межах системного підходу наголошується, що реабілітація є одночасно метою (відновлення і збереження особистого статусу), процесом (з біопсихічними та соціальними механізмами) і способом взаємодії з людиною, яка потребує допомоги: вона розглядається як система відносин "людина – середовище", де людина функціонує як цілісний організм, а середовище охоплює єдність біологічних і соціальних чинників.

Сьогодні реабілітація в Україні має два взаємопов'язані виміри:

– медичний – реабілітація визначається як один із п'яти видів медичної допомоги;

– соціальний – більш комплексний вимір, що поєднує медичну складову із соціальною підтримкою та послугами.

Водночас доцільно підкреслити, що такий поділ часто зберігається переважно на рівні нормативних моделей. На практиці спектр реабілітаційних послуг у багатьох випадках залишається звуженим, а окремі інтервенції не

завжди є стандартизованими та достатньо “доказовими”, що впливає на прогнозованість результатів і якість допомоги. Координацію та фінансування реабілітаційних послуг здійснюють два ключові органи – Міністерство охорони здоров’я України та Міністерство соціальної політики України. З 2020 року Національна служба здоров’я України послідовно перейшла до оплати за медичні послуги, і реабілітаційні складові були інтегровані в низку пакетів медичних гарантій, зокрема:

– амбулаторна допомога;

– стаціонарна допомога;

– допомога при інсульті;

– лікування онкологічних захворювань.

Розглянемо більш детально особливості надання медичної реабілітації в Україні. Медична реабілітація – вид медичної допомоги, що надається пацієнтам в амбулаторних або стаціонарних умовах і включає систему медичних та інших заходів, спрямованих на відновлення порушених чи втрачених функцій організму особи, на виявлення та активізацію компенсаторних можливостей організму з метою створення умов для повернення особи до нормальної життєдіяльності, на профілактику ускладнень та рецидивів захворювання [62]. Медична реабілітація призначається пацієнтам:

– після завершення гострого періоду захворювання за наявності обмежень життєдіяльності;

– з уродженими та спадковими патологічними станами, набутими порушеннями опорно-рухового та мовного апарату, вадами зору та слуху;

– у разі встановлення стійкої непрацездатності (інвалідності) [62].

Медична реабілітація як система включає в себе набір окремих підсистем і їх взаємозв’язок (рис. 1.1).

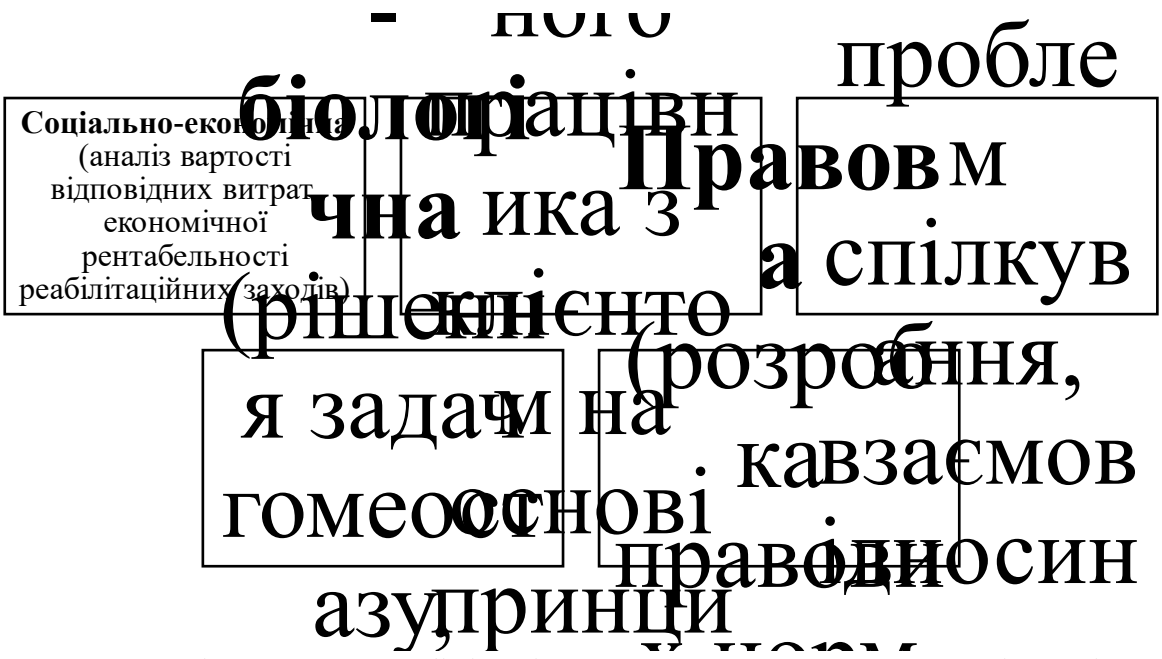


Рис. 1.1. Підсистеми реабілітації, складено автором на основі аналізу джерела [6].

Медична реабілітація в Україні сьогодні фактично функціонує як *гарантована складова медичної допомоги*, що надається пацієнтові безоплатно у закладах охорони здоров'я та у надавачів послуг, які мають договір із державою на відповідні пакети Програми медичних гарантій, за наявності медичних показань і за направленням у порядку, визначеному центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я [62]. У сучасній моделі акцент поступово зміщується з формального факту "призначення процедури" на досягнення вимірюваних результатів відновлення функціонування, зниження ускладнень і повернення людини до максимально можливої самостійності у повсякденному житті, що відповідає логіці реабілітації як наскрізної частини медичних маршрутів у системі медичних гарантій.

Окремим, але важливим напрямом залишається *реабілітаційне лікування у санаторно-курортній ланці* для застрахованих осіб після перенесених захворювань і травм, передбачене законодавством про загальнообов'язкове державне соціальне страхування (Закон № 1105-XIV). У практичному вимірі цей механізм спирається на визначені процедури відшкодування витрат санаторно-курортним закладам за надані послуги реабілітаційного лікування, коли

застрахована особа може обирати заклад відповідно до медичних показань, за рекомендацією лікуючого лікаря та за наявності належного медичного висновку. Водночас інституційна архітектура соціального страхування була суттєво оновлена: з 01 січня 2023 року уповноваженим органом у системі загальнообов'язкового державного соціального страхування визначено Пенсійний фонд України, який перебрав функції, що раніше виконувалися Фондом соціального страхування України.

Позиція В. Стеблюка про потенціал санаторної реабілітації для швидшого відновлення здоров'я і працездатності, зниження ризиків первинної інвалідності та скорочення тривалості тимчасової непрацездатності в сучасному прочитанні узгоджується з доказовою логікою реабілітації: висока результативність досягається не "місцем лікування", а дотриманням принципів організації процесу. До них доцільно віднести ранній старт реабілітації одразу після стабілізації стану; наступність між етапами і надавачами; послідовність цілей і втручань, коли кожен етап готує наступний; повноту допомоги через мультидисциплінарний підхід і достатній обсяг реабілітаційних втручань; індивідуалізацію плану з урахуванням функціонального стану, болю, психологічних чинників і соціального контексту; програмування відновлення як чіткий план із критеріями прогресу й безпеки. У межах реабілітаційних профілів на практиці найчастіше виокремлюються, зокрема, нейрореабілітація; реабілітація опорно-рухового апарату; серцево-легенева реабілітація; медико-психологічна підтримка учасників бойових дій; післяопераційна реабілітація та інші соматичні напрями, що відповідають потребам пацієнтів на різних етапах відновлення.

Якщо узагальнити *зміст реабілітації* саме в сучасній управлінській та соціально-медичній логіці, то він охоплює: функціональне відновлення (повне відновлення там, де це можливо; компенсацію втраченої функції; навчання альтернативним стратегіям дії та адаптацію до обмеження); адаптацію до праці й побуту через терапевтичні та навчальні інтервенції, які повертають людині контроль над щоденними діями; соціально-психологічну реінтеграцію як

відновлення комунікативних навичок, зниження тривоги і уникання, повернення до ролей у сім'ї та громаді. У такому підході реабілітація постає не "додатком після лікування", а міждисциплінарною практикою й навчальною дисципліною, що потребує від фахівців розуміння маршруту пацієнта, взаємодії медичних і соціальних компонентів, а також орієнтації на реальний результат відновлення якості життя людини.

1.2 Міжнародний досвід організації реабілітаційної допомоги

У розвинених країнах реабілітація організована як безперервний маршрут допомоги, який може починатися у спеціалізованих державних, муніципальних або приватних реабілітаційних клініках і стаціонарних центрах, а далі продовжуватися в амбулаторному форматі, у закладах денного перебування та вдома. Ключовою вимогою вважається не стільки "місце", скільки узгодженість дій усіх служб: чітка координація між лікарнею, амбулаторною мережею, соціальними сервісами, службами зайнятості та постачальниками допоміжних засобів, аби пацієнт не "випадав" з маршруту і не втрачав прогрес через розриви в догляді. Паралельно управлінські моделі дедалі частіше оцінюють не лише обсяги втручань, а й результативність та економічну доцільність: для реабілітаційних підрозділів аналізують витрати, тривалість перебування, повторні госпіталізації, рівень самостійності пацієнта та повернення до навчання чи праці. Центральним завданням реабілітації в такій логіці є максимальна участь людини з обмеженнями функціонування в суспільстві та, за можливості, у виробничому процесі.

Нормативна й програмна рамка в багатьох країнах спирається на ідею, що інвестиції в реабілітацію та подальше працевлаштування часто є вигіднішими для держави, ніж довготривале утримання через постійні пенсії та допомоги. Тому поряд із державними структурами вагому роль відіграють недержавні організації, зокрема організації осіб з інвалідністю, профільні фонди, благодійні й медичні інституції, які можуть надавати частину послуг або забезпечувати

супровід людини в громаді. Приватні реабілітаційні центри нерідко залучаються для виконання державних замовлень, а фінансування комбінується зі страхових механізмів, бюджетів муніципалітетів і внесків роботодавців чи самих людей залежно від моделі країни. У країнах Європейського Союзу виразною стала тенденція наближати послуги до місця проживання: поряд зі спеціалізованими центрами розвиваються комплексні формати, а медична і соціальна реабілітація поступово зміщуються зі стаціонару в амбулаторний сегмент, денний догляд і реабілітацію вдома, попри високу вартість послуг і високі вимоги до персоналу.

Історично розвиток реабілітації посилився після світових воєн: у Сполучених Штатах Америки після Першої світової війни почали з'являтися спеціалізовані реабілітаційні лікарні, а у 1922 році постала перша міжнародна неурядова організація, що згодом з 1960 року відома як Міжнародне товариство з реабілітації інвалідів. Після Другої світової війни через значну кількість людей з інвалідністю в багатьох країнах, зокрема у Сполучених Штатах Америки та Великобританії, системи медичної та соціальної допомоги почали інтенсивно розвиватися, а з часом поширилися і на людей з різними хронічними станами. У науковому дискурсі з початку шістдесятих років минулого століття утверджувалася думка, що потреба в реабілітації часто зумовлена наслідками захворювань [5], і це корелювало з підходом раннього втручання, коли ще можливо запобігти дисфункціям і зберегти функціональні можливості пацієнта. Водночас розширення розуміння "інвалідності" призвело до того, що наприкінці двадцятого століття суттєво зросла частка людей, які ідентифікували себе як особи з обмеженими можливостями; за оцінкою Е. Гелендера, йшлося про близько п'ятнадцяти відсотків населення Сполучених Штатів Америки [18]. На цьому тлі з'являлися реабілітаційні установи різних профілів; одним із ранніх прикладів називають реабілітаційний центр у лікарні "Bellevue" (клінічна база при "New York University" – Нью-Йоркському університеті) у 1946 році.

Тривалий час організація допомоги будувалася на біологічній моделі: наголос робився на діагностиці розладів та створенні окремих спеціалізованих закладів під різні типи порушень. Цей підхід Е. Хеландер описував як "screen and

separate" (підхід "скринінг і відокремлення") [18], а Е. Клочкова [4] вказувала, що саме така логіка значною мірою характеризує стан реабілітаційної допомоги в пострадянських країнах. У відповідь на ці обмеження у світовій практиці почала формуватися соціальна модель інвалідності, заснована на рівних правах, рівних можливостях і гуманізації. Важливою точкою зміни стала публікація ВООЗ Міжнародної класифікації функціонування, розладів життя та здоров'я [9], а також подальше закріплення принципів рівних можливостей у міжнародних правилах, що акцентували недискримінацію та бар'єри середовища як ключовий чинник обмеження участі. У такій рамці реабілітаційні центри та відділення великих лікарень залишаються важливою стаціонарною ланкою [19], але пріоритетом стає повернення людини до максимальної самостійності, а не просто завершення курсу процедур.

У Сполучених Штатах Америки велику увагу приділяють координації реабілітаційних служб і розподілу функцій між ними. У вісімдесяті роки сформували мережевий підхід за логікою "первинна діагностика – спеціалізоване обстеження – реабілітація", розвиваючи різні типи амбулаторій, консультативно-діагностичних центрів і центрів комплексної реабілітації [8]. Стаціонарна реабілітація при інфаркті міокарда, гострих цереброваскулярних розладах і черепно-мозкових травмах переважно здійснюється в лікарнях із відносно невеликою місткістю ліжок та середньою тривалістю перебування близько двадцяти двох – двадцяти п'яти днів [1]. Поширеною є практика ранньої реабілітації у багатопрофільних лікарнях та залучення додаткових стаціонарних ресурсів через оренду ліжок. Окремо підкреслюється економічний ефект реабілітації, однак, попри це, працевлаштування людей з інвалідністю працездатного віку залишається складним: у джерелах наводиться оцінка, що лише близько половини мають реальну можливість працювати [29]. Тому активно розвивається професійна реабілітація та цільові програми співпраці спеціальних навчальних центрів із роботодавцями, а медична реабілітація фінансується, зокрема, через програми "Medicare" (федеральна програма страхового покриття) та "Medicaid" (програма підтримки для вразливих груп).

Для хронічно хворих і літніх людей фокус зміщується на підтримку здоров'я та здатності виконувати щоденні справи.

Канада розглядається як приклад, де питання інвалідності мають сильну правову основу на рівні конституційних підходів, а в реабілітації помітна роль ерготерапевтів і центрів, які визначають індивідуальні потреби людини та контекст її життя. Експерти підкреслюють як пріоритет максимально можливу участь людей з обмеженими можливостями у суспільстві та праці [26, 30]. Освітні траєкторії в реабілітаційній медицині також будуються міждисциплінарно: прикладом слугує розвиток програм, що поєднували фізіотерапію, трудотерапію, мовну патологію та аудіологію, і готували фахівців до роботи в різних сегментах системи [2].

Лікарі-реабілітологи працюють у найрізноманітніших місцях, які наведено на (рис. 1.6).



Рис. 1.6. Можливі місця роботи лікарів-реабілітологів в Канаді, складено автором на основі аналізу джерела [2].

У Великобританії елементи реабілітації інтегруються в діяльність лікарень на системному рівні, у великих багатопрофільних закладах з'являються спеціальні реабілітаційні палати [16], а для пацієнта формують індивідуальну програму відновлення. Реабілітація після гострих порушень мозкового кровообігу організовується командно, з участю лікарів і терапевтів різних

профілів та фахівців з відновлення. Економічно доцільним вважається об’єднання лікарень, закладів догляду й реабілітаційних установ у комплекси. Соціальна політика щодо інвалідності будується через рівність і недискримінацію, а національна модель охорони здоров’я підкреслює принцип “потреба, а не платоспроможність” [11]. У практиках забезпечення допоміжними засобами використовувалися й механізми ваучерів, коли базову потребу покриває місцева влада, а людина може доплатити за складніший засіб [11]. Методичний супровід і рекомендації щодо клінічної практики, зокрема після перенесених захворювань, формуються профільною інституцією “NICE” (Національний інститут охорони здоров’я та клінічної майстерності) [11], а домашня реабілітація розвивається попри її високу ресурсоємність.

У Швеції підходи до визначення інвалідності залежать від контексту, а відповідальність первинної ланки включає організацію реабілітації, догляду та допоміжних технологій. При цьому підкреслюється і відповідальність самої людини за участь у процесі відновлення, із можливістю залучення інших медичних і соціальних працівників за потреби [20]. Фінансування допоміжних засобів диференціюється залежно від сценарію використання, а вибір потрібних засобів розглядається як принцип. Оцінка, підбір і навчання користуванню засобами відбуваються через первинну мережу, клініки та спеціалізовані центри, а профільний інститут бере участь у дослідженнях і міжнародній співпраці [20].

У Німеччині законодавча логіка прямо орієнтується на раннє втручання, інтеграцію та пріоритет підтримки входження у трудове життя над суто грошовими виплатами. У межах “Кодексу соціального права” акцентовано універсальність допомоги незалежно від причин ризику втрати працездатності; ранній старт; індивідуалізацію догляду; соціальну інтеграцію [7, 14]. Поряд із відділеннями лікарень функціонують комплексні центри, що забезпечують стаціонарне й амбулаторне лікування [22], описуються й великі реабілітаційні осередки на кшталт Кельнського центру з медичною, психологічною та професійною компонентами [24]. Згадується і розгалужена інфраструктура спеціалізованих центрів для різних нозологій. Окремим прикладом цифрової

підтримки системи стала довідково-інформаційна система “Rehadat” (національна база знань і реєстрів у сфері реабілітації), що агрегує дані про установи, засоби реабілітації, спеціальні робочі місця, фонди, організації та навчальні події, надаючи відкритий доступ користувачам і фахівцям [1].

Фінляндія демонструє інтеграцію реабілітаційних заходів у соціальний захист, охорону здоров’я, зайнятість, страхування й освіту, із суттєвим акцентом на професійну реабілітацію. Фінансування здебільшого здійснюється через соціальне страхування, а місцева влада організовує допомогу й отримує відшкодування частини витрат [2]. У практиці важливим компонентом є відшкодування витрат на допоміжні засоби та пристрої для реабілітації, а також робота реабілітаційних відділень у місцевих медичних центрах.

Досвід Польщі описується як приклад програмного розгортання мережі: від першої програми 1969 року до консультацій у воєводствах і формування регіональних асоціацій, причому модель була відзначена ВООЗ як гідна наслідування [32]. Визначення інвалідності пов’язується зі здатністю виконувати соціальні функції, а оцінювання здійснюється комісіями із залученням лікаря та інших фахівців, які формують рекомендації не лише щодо лікування, а й щодо праці, навчання, трудотерапії, технічних засобів і локальної соціальної підтримки [6].

У Чеській Республіці немає єдиного універсального визначення інвалідності, і воно варіюється залежно від цілей антидискримінаційного, трудового чи соціального законодавства [12]. Люди з інвалідністю включені до системи медичного страхування, а політика підтримує раннє втручання, інтеграцію медичних і соціальних послуг та грантові програми для організацій, що працюють із цими групами [12]. Значна частина соціальної та медичної реабілітації, спрямованої на самообслуговування і незалежність, реалізується різними неурядовими організаціями й надавачами за місцем проживання [3]. Водночас існують великі комплексні центри, поєднані із соціальними інституціями та клініками [31].

Ізраїль у визначеннях опирається на тривалі порушення здоров’я, що обмежують участь у громадському житті, а держава фінансує широкий спектр реабілітаційних та абілітаційних послуг через кілька органів, включно з міністерствами та інститутом страхування. Поряд із медичною допомогою розвивається підготовка і перепідготовка фахівців, а забезпечення допоміжними засобами може поєднувати державне фінансування з особистими внесками, частка яких поступово зменшується [21]. Для осіб, які стали людьми з інвалідністю внаслідок бойових дій, діють окремі механізми підтримки й забезпечення засобами [21].

У підсумку міжнародна практика демонструє спільну рамку: реабілітація все частіше організовується як інтегрована взаємодія медицини та соціальної підтримки, послуги концентруються ближче до місця проживання, а фінансові моделі тяжіють до страхових і контрактних механізмів із різними формами компенсації. Забезпечення допоміжними засобами варіює від часткового відшкодування до повного покриття державою або муніципалітетами. Водночас майбутнє цієї сфери дедалі більше пов’язують із визначенням та вимірюванням якості реабілітаційної допомоги: своєчасне залучення фахівця може не завжди скорочувати госпіталізацію безпосередньо, але здатне запобігати ускладненням, зменшувати нерухомість, навчати пацієнта й сім’ю та покращувати відновлення після складних травм, а економія ресурсів і підвищення ефективності досягаються через системи оцінювання якості та результатів.

1.3 Аналіз нормативно-правового забезпечення медичної реабілітації в Україні

Відповідно до Конституції України, у якій закріплено, що “життя і здоров’я людини є найвищою соціальною цінністю”, держава має не лише

гарантувати базову медичну допомогу, а й забезпечувати умови для збереження та підвищення якості життя, відновлення функціонування і соціальної активності громадян. У контексті реабілітації це означає, що її ціль виходить за межі суто медичного втручання і включає повернення людини до максимально можливої самостійності, участі в житті громади та, за наявності потенціалу, до навчання і праці. Саме тому в сучасних підходах реабілітацію доцільно розглядати як безперервний "маршрут" допомоги: від раннього виявлення порушень і своєчасного старту відновлення – до підтримки функціональної незалежності, адаптації робочого місця, супроводу в соціальному середовищі та закріплення досягнутих результатів.

Цю логіку підсилюють міжнародні зобов'язання, зокрема Конвенція про професійну реабілітацію та зайнятість осіб з інвалідністю, ухвалена в Женеві у 1983 році та ратифікована Україною законом "Про ратифікацію Конвенції про професійну реабілітацію та зайнятість інвалідів". У документі акцентовано, що політика держави має охоплювати реабілітаційні заходи для всіх категорій осіб з інвалідністю, підтримувати працевлаштування на відкритому ринку праці та забезпечувати рівність можливостей між людьми з інвалідністю і працівниками загалом, а також передбачати підготовку і наявність консультантів з реабілітації [17]. У практичному вимірі це задає "подвійну рамку" для національної системи: по-перше, реабілітація має бути доступною та якісною; по-друге, вона повинна бути пов'язаною з механізмами зайнятості, перекваліфікації та адаптації праці, щоб відновлення не завершувалося формальним "закриттям випадку", а приводило до сталого соціального результату.

Нормативно-правове поле України у цій сфері формувалося поетапно. Важливим кроком став Закон України "Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні" 1991 року, який передбачив норматив робочих місць для підприємств, установ і організацій незалежно від форми власності та господарювання (зокрема стаття 19), спрямований на забезпечення реальної зайнятості осіб з інвалідністю. За невиконання встановлених вимог законодавство передбачило застосування фінансових санкцій, кошти від яких

мають спрямовуватися на підтримку заходів соціальної, трудової та медичної реабілітації; забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації; створення належних санітарно-гігієнічних, виробничих і технічних умов праці відповідно до індивідуальної програми реабілітації; оплату навчання, перекваліфікації та інші заходи, що підсилюють спроможність людини працювати і бути соціально активною [39]. Таким чином, законодавець заклав принцип "інтеграції через можливості": праця і соціальна участь визначаються не як привілей, а як сфера, для якої держава створює інструменти доступності, компенсації обмежень і розумного пристосування.

У 1992 році Кабінет Міністрів України прийняв постанову від 15 червня 1992 року № 31-92-п "Про Комплексну програму розв'язання проблем інвалідності", у якій були окреслені напрями профілактики інвалідності, а також медичної і соціально-трудової реабілітації [38]. Паралельно діяли "Основи законодавства України про охорону здоров'я" [22], де підкреслено включення реабілітації до системи охорони здоров'я та її спрямованість на зміцнення і поліпшення здоров'я, профілактику захворювань та інвалідності, ранню діагностику, допомогу особам із гострими та хронічними станами (зокрема стаття 3). Важливо, що законодавство вказувало на етичний і правовий компонент медичних інновацій: нові методи реабілітації, які перебувають на етапі розгляду і ще не дозволені до широкого застосування, можуть використовуватися лише за умови письмової інформованої згоди пацієнта, у якій має бути відображено мету, методи, можливі побічні ефекти, ризики та очікувані результати. Такий підхід узгоджується з принципами безпеки, прозорості і поваги до автономії людини, що є базовими для сучасної медичної практики.

Подальший розвиток нормативної рамки підкреслив зв'язок реабілітації із зайнятістю та підготовкою кадрів. У 2001 році було видано Указ Президента України "Про Національну програму професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями" [54], який орієнтував систему на вдосконалення вже наявних інструментів і пошук ефективніших методів реабілітації, придатних для практичного застосування. Для посилення науково-

практичної основи реабілітації МОЗ України видало наказ “Про затвердження Положення про клінічний заклад охорони здоров’я” [34], де серед функцій клінік визначено дослідження та розробку ефективних методів профілактики, діагностики, лікування і реабілітації; апробацію і впровадження нових підходів; випробування медичних інструментів. У такій логіці клінічні заклади виступають “мостом” між доказовою базою і практикою, а реабілітація розглядається як сфера, що потребує постійного оновлення технологій, навчання персоналу і стандартизації процесів.

Окрему роль у національній системі зберігає санаторно-курортний сегмент. Законом України “Про курорти” визначено правові, організаційні, економічні та соціальні засади розвитку курортів і використання природних лікувальних ресурсів для лікування, оздоровлення та відновлення людей [11]. Організація санаторно-курортного лікування здійснюється закладами різних форм власності та має на меті створення умов для комплексної реабілітації, профілактики і відновлення із забезпеченням належних побутових та культурних умов. Постанова Кабінету Міністрів України “Про затвердження Загального положення про санаторій” від 11 жовтня 2002 року [31] уточнює, що санаторно-курортний етап має відповідати сучасним вимогам медичної науки, передбачати комплексні методи реабілітаційної терапії та раціональне використання природних чинників; важливо, що цей етап може виконувати функцію закріплення результатів, досягнутих у стаціонарі, зменшення залишкових наслідків травм і операцій та профілактики хронізації патологічного процесу.

Кінцевою метою реабілітаційних заходів є відновлення або максимально можлива компенсація порушених функцій і зниження обмежень життєдіяльності; якщо повне відновлення недосяжне, держава застосовує механізм встановлення групи інвалідності як інструмент визначення потреб у підтримці. Наказ МОЗ України від 05 вересня 2011 року “Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності” [32] акцентує, що при призначенні реабілітаційних заходів слід враховувати реабілітаційний потенціал – сукупність біологічних, психофізіологічних і соціально-психологічних

характеристик людини, а також чинників соціального середовища, які визначають можливість досягнення реабілітаційних результатів. По суті, це фіксує сучасний принцип персоналізації: однакові діагнози не означають однакових маршрутів; ефективність залежить від стартових можливостей, підтримки сім'ї, доступності середовища, мотивації, супутніх ризиків і ресурсів громади.

Системоутворювальним актом для формування умов реабілітації є Закон України "Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні", який визначає реабілітацію як комплекс медичних, фізичних, психологічних, педагогічних, професійних і трудових заходів, спрямованих на відновлення втрачених функцій, досягнення соціальної та матеріальної незалежності, адаптацію праці та інтеграцію в суспільство [41]. Узгоджену логіку містить і Закон України "Про соціальні послуги", де реабілітаційні заходи розглядаються як складова ширшого комплексу підтримки поряд із правовими, економічними, психологічними, освітніми, медичними та іншими інструментами допомоги людям у складних життєвих обставинах [42]. Таким чином, законодавство фактично закріплює міжсекторальну природу реабілітації: результат досягається не лише лікувальними процедурами, а узгодженою роботою медицини, соціальної сфери, освіти та ринку праці.

Функціонально важливими елементами цієї системи виступають центри медичної реабілітації осіб з інвалідністю як заклади системи праці та соціального захисту населення. Їхня місія полягає у підготовці людини до професійної діяльності; відновленні або набутті професійної працездатності; адаптації; навчанні та перекваліфікації з урахуванням стану здоров'я, індивідуальних уподобань і бажань, а також у формуванні рекомендацій щодо подальшої медичної реабілітації та оцінюванні професійних результатів. У цьому аспекті реабілітаційний центр є не "місцем процедур", а інституцією комплексної підтримки, яка поєднує оцінку потреб, планування втручань, координацію фахівців і супровід до досягнення соціально значущого результату.

Матеріально-ресурсну основу реабілітації посилює Закон України “Про гуманітарну допомогу” 1999 року, який визначає правові й організаційні засади отримання, надання, оформлення, розподілу та контролю цільового використання гуманітарної допомоги для реабілітаційних центрів і надання реабілітаційних послуг [28]. У практичній площині це важливо, оскільки реабілітація часто потребує обладнання, витратних матеріалів, технічних засобів і спеціалізованих програм, а механізми гуманітарної підтримки можуть компенсувати дефіцити, особливо в умовах кризових навантажень.

Ключовим інструментом персоналізації реабілітації є індивідуальна програма реабілітації. На виконання Закону України “Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні” [41] та у зв’язку з вимогами Положення про індивідуальну програму реабілітації, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 23 травня 2007 року № 757, наказом МОЗ України № 623 від 08 жовтня 2007 року “Про затвердження форм індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда та Порядку їх складання” [36] визначено структуру, складники і порядок оформлення такої програми. Принципово важливо, що індивідуальна програма є обов’язковою для виконання органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, реабілітаційними установами та роботодавцями незалежно від підпорядкування і форми власності. Це переводить реабілітацію з площини “рекомендацій” у площину управлінської відповідальності та координації, адже саме на рівні виконання програми з’являється реальний доступ до послуг, пристосування робочого місця, технічної компенсації обмежень життєдіяльності та поступового відновлення соціально-побутового і професійного статусу.

Координаційним центром у системі охорони здоров’я виступає Міністерство охорони здоров’я України. Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України “Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров’я України” [35] одним із ключових завдань МОЗ визначено забезпечення надання реабілітаційної допомоги населенню. Додатково Указ Президента України від 18 грудня 2007 року “Про додаткові невідкладні заходи щодо

створення сприятливих умов життя для людей з обмеженими можливостями" акцентував потребу вдосконалення освітньої системи та перепідготовки кадрів з урахуванням освітніх і реабілітаційних потреб людей з інвалідністю [29]. У сукупності ці норми підкреслюють, що якість реабілітації залежить від кадрової політики, стандартів компетентностей, практичної підготовки і безперервного професійного розвитку фахівців.

Окремий блок нормативного регулювання стосується якості медичної допомоги, включно з реабілітацією. Наказ МОЗ України від 28 вересня 2012 року визначає порядок контролю якості медичної допомоги, де об'єктом контролю виступає медична допомога як комплекс профілактичних, лікувальних, діагностичних та реабілітаційних заходів, що здійснюються за певною технологією для досягнення конкретних результатів [40]. У такій рамці якість пов'язується з відповідністю стандартам і клінічним протоколам, безпечністю, раціональністю та прийнятністю з погляду використання суспільних ресурсів, а також з впливом на показники захворюваності, інвалідності та смертності. Для реабілітації це особливо важливо, адже її результати часто проявляються не миттєво, а через зниження ускладнень, скорочення повторних госпіталізацій, зростання самостійності та повернення до соціальних ролей.

Держава також розглядає фізичну культуру і спорт як складову реабілітації та соціально-трудової адаптації. Закон України "Про фізичну культуру і спорт" підкреслює, що фізична культура і спорт для осіб з інвалідністю є частиною їх фізичної реабілітації, а навчання, методичне забезпечення та медичний контроль забезпечуються відповідними органами у сферах охорони здоров'я, освіти, фізичного виховання і спорту та соціального захисту [43]. У цьому ж контексті згадується державна програма розвитку фізичної культури і спорту, яка орієнтувала місцевий рівень на розбудову мережі диспансерів, оздоровчих центрів, консультаційних кабінетів та пунктів реабілітації. Така інтеграція підсилює ідею безперервності: реабілітація не обмежується "лікарняним етапом", а підтримується регулярними практиками відновлення і профілактики у повсякденному житті.

У ширшій державній політиці також простежується регулярне прийняття програмних документів, спрямованих на зміцнення здоров’я населення та розвиток інструментів реабілітаційної допомоги. Зокрема, через постанову Кабінету Міністрів України “Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації” [33] наголошувалося на необхідності ефективних систем профілактики, діагностики, лікування і контролю стану здоров’я, а також на потребі забезпечувати пацієнтів сучасними технологіями і методами реабілітації; розширювати реабілітаційні технології для різних груп населення; розвивати програми підтримки здоров’я людей старшого віку; оптимізувати функціональну диференціацію ліжкового фонду між екстреною допомогою, плановим лікуванням, реабілітацією та медико-соціальною допомогою. Низка актів також пов’язувала підвищення якості соціальних і медичних послуг із розвитком інформаційного суспільства та доступністю сервісів для вразливих груп, включно з людьми, які потребують соціальної допомоги та реабілітації [40], а у програмах розвитку сільських територій акцентувалася потреба підвищення якості реабілітаційних послуг для сільського населення та логістичного забезпечення їх отримання [43]. Усе це фактично підводить до важливої управлінської тези: доступність реабілітації визначається не тільки наявністю закладу, а й транспортом, маршрутизацією, кадровим забезпеченням, інформаційною підтримкою та спроможністю громади організувати послугу поруч із місцем проживання.

Окремим напрямом державної політики стала реабілітація і реадаптація учасників бойових дій. Розпорядження Кабінету Міністрів України 2017 року “Про схвалення Концепції Державної цільової програми з фізичної, медичної, психологічної реабілітації і соціальної та професійної реадаптації…” на період до 2022 року визначило мету створення цілісної системи реабілітації та реадаптації, запровадження прозорого механізму адміністрування потреб, а також залучення центральних і місцевих органів влади, громадських об’єднань та міжнародних організацій. Серед принципів підкреслено організаційну простоту й ефективність, прозорість, індивідуальний підхід та оцінювання

результатів, рівність вибору реабілітаційних послуг, відповідність процесу фізіологічним і психологічним етапам виходу з кризи, опору на особистий потенціал ветерана. У 2018 році була затверджена державна цільова програма медичної, фізичної та психосоціальної реабілітації жертв Революції Гідності, учасників АТО та інших визначених категорій із реалізацією до 2023 року, яка декларувала чітке управління потребами, урахування гендерних особливостей, підвищення обізнаності учасників процесів адаптації до цивільного життя, посилення соціального захисту, підтримку психічного здоров'я та координацію між рівнями влади і партнерами.

Спеціалізований сегмент нормативного регулювання стосується дитячої реабілітації та паліативної допомоги. Постанова Кабінету Міністрів України від 10 липня 2019 року № 675 затвердила Положення про Центр медичної реабілітації та паліативної допомоги дітям, рекомендувавши органам місцевого самоврядування вживати заходів зі створення таких центрів з урахуванням потреб громад і регіональних планів реформування системи інституційного догляду та освіти. Центр визначено як спеціалізований заклад охорони здоров'я для задоволення потреб дітей у медичній реабілітації та паліативній допомозі; при цьому його функції охоплюють надання реабілітаційних послуг і паліативної допомоги; організацію амбулаторного лікування та консультування лікарями відповідної спеціалізації за потреби; забезпечення навчального процесу для дитини, яка проходить реабілітацію; упровадження сучасних клінічно перевірених програм і методів фізичної, медичної, соціальної та психологічної реабілітації й корекції; надання цілодобової медичної допомоги у разі перебування дитини в центрі; створення умов реабілітації відповідно до віку та стану здоров'я; навчання законних представників і доглядальників навичок догляду з урахуванням фізичного й психічного розвитку; надання консультаційних, соціально-психологічних, інформаційних послуг; організацію харчування з урахуванням медичних потреб; забезпечення інвентарем, засобами гігієни, постільною білизною, посудом, підручниками, іграшками та необхідним реабілітаційним і корекційним обладнанням відповідно до приписів лікарів. У

підсумку цей акт демонструє сучасний стандарт дитячої реабілітації: поєднання медицини, освіти, підтримки сім’ї та безперервного догляду.

Отже, чинна нормативно-правова база у сфері реабілітації в Україні формує рамку, у межах якої охорона здоров’я орієнтується на збереження життя і здоров’я, профілактику, раннє виявлення порушень, відновлення функцій і підтримку соціальної участі; реабілітація трактується як комплексна система заходів, а не як окремі процедури; індивідуальна програма реабілітації закріплює персоналізований підхід і відповідальність різних суб’єктів за виконання визначених заходів; якість допомоги підлягає контролю за стандартами і протоколами; а державні програми та спеціалізовані положення розширюють інструменти для різних груп, включно з ветеранами і дітьми. Логічно, що подальший розвиток цієї системи має спиратися на узгодженість “маршруту” пацієнта між рівнями допомоги, посилення міжвідомчої координації та реальне вимірювання результатів реабілітації, що безпосередньо корелює з попередніми положеннями про сучасні моделі організації реабілітаційних систем у зарубіжній практиці (див. підрозділ 1.2) і створює підґрунтя для аналізу ефективності національних механізмів у наступних частинах розділу.

Висновки до першого розділу

Проаналізувавши загальну характеристику системи організації реабілітаційної допомоги в Україні, основних її понять та категорій можна зробити висновок, що реабілітація – це система державних, соціально-економічних, психологічних, медичних, професійних, педагогічних заходів, які спрямовані на відновлення здоров'я людини, її працездатності і соціального статусу. Система реабілітації складається з: органів, які організовують, координують діяльність окремих установ, що здійснюють реабілітацію та управляють нею; установ реабілітації різних організаційних форм і типів, що реалізують реабілітаційні програми.

В ході організації реабілітаційної допомоги за кордоном, детально аналізуються різні переваги реабілітації, метою яких є сприяння працевлаштуванню тих, хто хоче працювати та потенційно працездатний. Організація економічного співробітництва та розвитку розробила стратегію, яка використовується державами-членами для досягнення цілей, зокрема: забезпечити гармонійний розвиток фізичних і духовних сил та високої працездатності громадянину, людям з обмеженими можливостями забезпечити оптимальну участь у суспільстві, розробити комплексну реабілітаційну програму для підтримки здоров'я літніх людей та забезпечити гарантований дохід тим, хто не може працювати та інші.

Аналіз нормативно-правового забезпечення медичної реабілітації в Україні, дає змогу зробити висновок, що в Україні регулярно оголошуються та приймаються різні програми, концепції, які спрямовані на подальшу соціалізацію пацієнтів, забезпечення гармонійного розвитку людини та високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їх здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності.

РОЗДІЛ 2.
СУЧАСНИЙ СТАН ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ

2.1 Санаторно-курортний та рекреаційний потенціал України

Актуальність санаторно-курортного лікування й нині залишається високою, оскільки в умовах економічної нестабільності та зростання поширеності бронхо-легеневих і серцево-судинних патологій, захворювань шлунково-кишкового тракту та опорно-рухового апарату потреба в доступних відновлювальних технологіях лише посилюється. У такій ситуації санаторно-курортне лікування доцільно не просто зберігати, а системно розвивати як складову профілактики, лікування та медичної реабілітації. Під час дозованого або цілодобового перебування на відкритих верандах, приймання морських ванн та застосування інших процедур кліматотерапії у відповідь на температурні впливи формуються реакції різного ступеня вираженості: змінюється температура шкіри, активізуються або перебудовуються окислювальні процеси в організмі тощо. Одним із базових принципів санаторно-курортного лікування є комплексність, тобто поєднання природних лікувальних чинників із дієтотерапією, процедурними методами та іншими засобами лікувального впливу [7]. За таких умов особливістю виступає фізіологічний характер дії природних фізичних факторів, адже в еволюційному розвитку людина постійно зазнавала їхнього впливу. Водночас особа, адаптована до клімату місця проживання, на курорті потрапляє в інші кліматичні умови й має пройти період пристосування, що потрібно враховувати при плануванні режиму процедур і навантажень. Рекреаційні можливості фітотерапії визначаються лімітами рекреаційного використання лісів, їх водоохоронними властивостями, оздоровчим впливом на організм та санітарно-гігієнічними характеристиками територій, придатних для лікування, відпочинку й туризму. Серед ландшафтних рекреаційних ресурсів особливе місце посідають гірські території: різноманіття

природних ландшафтів, наявність як екстремальних, так і сприятливих та комфортних умов створюють передумови для розвитку різних видів рекреаційної діяльності (рис. 2.1).

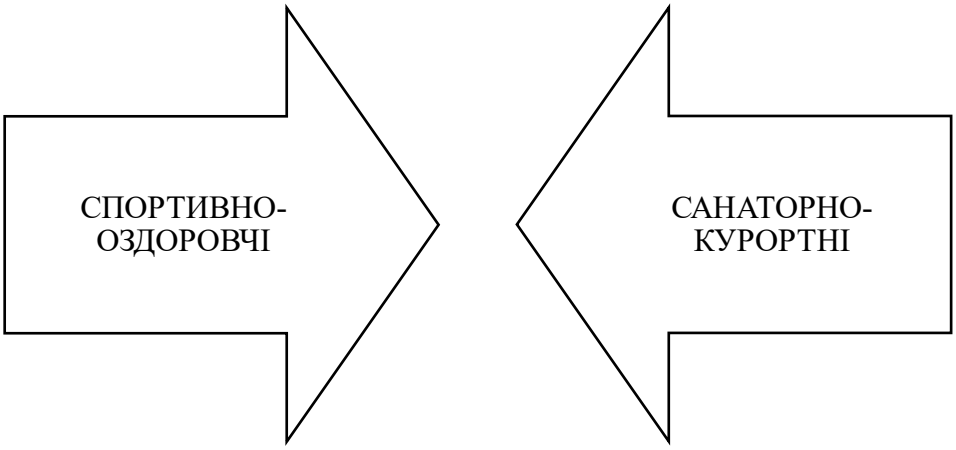


Рис. 2.1. Умови, які створюють передумови для розвитку рекреаційної діяльності, складено автором на основі аналізу джерела [18].

Україна належить до країн із загалом сприятливими погодними умовами для відпочинку, а тривалість сприятливого періоду може становити 105–180 днів, тому комфортні природні умови для відпочинку, туризму та кліматотерапії наявні не лише влітку, а й на початку осені та в другій половині весни [3]. Для зимових видів відпочинку (лижні прогулянки, катання на санках і ковзанах) сприятливий період коливається від 20–26 днів на півдні до 40 і більше днів на півночі та північному сході. Найкращі умови для зимової рекреації формуються в Українських Карпатах, де період катання на лижах і занять спортом триває 90–100 днів. Карпати є горами середньої висоти з вологим теплим кліматом, вираженим вертикальним районуванням, значною лісистістю (40%) і наявністю перепадів висот, придатних для облаштування гірськолижних схилів та полів. Гірські долини, захищені Верховинським хребтом, нерідко характеризуються сприятливим мікрокліматом, що підсилює потенціал розвитку кліматичних курортів. У цьому контексті рекреаційні ресурси Карпат оцінюються як одні з найбільш перспективних для цілорічного відпочинку та лікування [49]. Пляжні ресурси зосереджені переважно в прибережних районах Одеської, Миколаївської, Херсонської та Запорізької областей, а рекреаційна цінність морського узбережжя визначається поєднанням кліматичних, бальнеологічних і

ландшафтних чинників. Для відпочинку потенційно може використовуватися близько 1500 кілометрів берегової лінії різних типів, при цьому найбільшу рекреаційну цінність має курортне узбережжя Азовського моря.

Курорт розглядають як територію, що має лікувальні чинники та сприятливі умови для їх використання, зокрема сонячне світло, чисте повітря, близькість моря або річки та привабливі природні ландшафти. За характером природних цілющих ресурсів курорти України поділяють на курорти державного та місцевого значення. На відміну від багатьох європейських країн і держав Північної Америки, де поняття "курорт" переважно асоціюється з відпочинком, в Україні курортна сфера історично формувалася за логікою "лікування – оздоровлення – відпочинок", що пояснюється акцентом на медичній складовій, діагностиці та підготовці персоналу в санаторіях і реабілітаційних центрах. Нині низка санаторіїв та реабілітаційних центрів демонструють результати відновлення завдяки поєднанню традиційних підходів із сучасними технологіями та обладнанням; окремі заклади працюють і з медичними туристами з інших країн. Серед найбільш відомих прикладів згадується курорт Трускавець із цілющою водою "Нафтуся" [46], що спеціалізується на профілактиці та лікуванні захворювань нирок і сечовивідних шляхів; також відзначаються реабілітаційні центри з радоновими джерелами в Хмельницькій області та в інших регіонах, які застосовують відповідні підходи для лікування захворювань опорно-рухового апарату. Моршинський і Миргородський курорти традиційно пов'язують із лікуванням захворювань органів травлення. До курортних районів України приїжджають медичні туристи з Європи та країн СНД; у частині закладів фіксується значний попит, що пов'язують із результативністю лікування та доступністю вартості. У санаторіях і реабілітаційних центрах застосовують сучасні методи лікування та відновлення, а модернізація останніх років сприяла ширшому використанню сучасного обладнання й технологій. Обов'язковим компонентом залишається залучення природних факторів курортних зон: мінеральних вод, лікувальних грязей тощо. Поширення набули й окремі допоміжні підходи, зокрема іпотерапія,

дельфінотерапія, апітерапія, а також використання методів східної й нетрадиційної медицини; зазначається, що частина таких методів запатентована та розглядається як така, що розширює можливості відновлення пацієнтів.

Місцеві курорти охоплюють природні території зі значними природними цілющими ресурсами та використовуються для лікування, медичної реабілітації й профілактики захворювань; медичний профіль визначають відповідно до властивостей лікувальних ресурсів. За спеціалізацією санаторії систематизуються за напрямами (рис. 2.2).

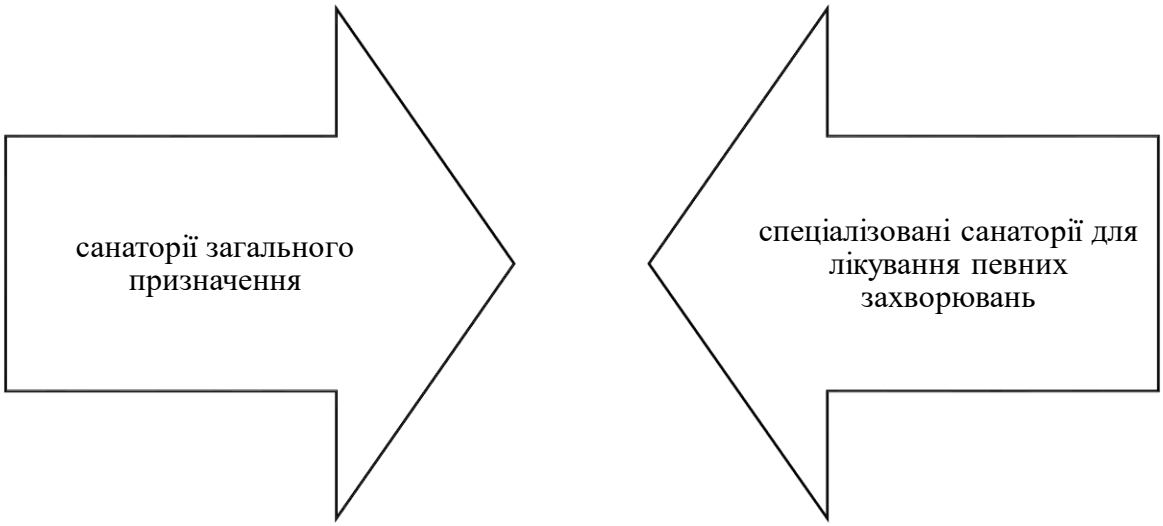


Рис. 2.2. Спеціалізація санаторіїв, складено автором на основі аналізу джерела [9].

Курорти національного значення охоплюють природні території з цінними й унікальними лікувальними ресурсами, які використовуються для лікування, медичної реабілітації та профілактики; медичний профіль таких курортів встановлює центральний орган виконавчої влади у сфері охорони здоров’я. Первинний рівень оздоровчо-реабілітаційного комплексу формують діючі заклади відповідних типів (рис. 2.3).



Рис. 2.3. Заклади оздоровчо-реабілітаційного комплексу, складено автором на основі аналізу джерела [44].

Медичні санаторії та пансіонати є лікувально-профілактичними закладами, розміщеними на територіях із цінними курортними ресурсами, де поєднуються природні чинники (клімат, мінеральні води, лікувальні грязі, морські купання тощо) з лікувальною фізкультурою, раціональним харчуванням, фізіотерапевтичними та іншими процедурами. Санаторії як форма лікувально-профілактичних закладів забезпечують лікування й оздоровлення без тривалого відриву від роботи або навчання; територіально такі установи нерідко розташовуються поблизу промислових і освітніх центрів або в зонах із доступною рекреаційною інфраструктурою, поєднуючи сучасне медичне та рекреаційне оснащення з ресурсами природного середовища. Санаторії та пансіонати з лікуванням, розміщені в районах із цінними бальнеологічними ресурсами, інтегрують кліматичні чинники, мінеральні води, лікувальні грязі та морські купання з лікувальною фізкультурою, фізіотерапевтичними вправами й іншими методами відновлення. У підсумку санаторно-курортне лікування сьогодні виступає невід’ємною, хоча й специфічною складовою туристичної сфери, адже його визначальною ознакою є домінування медичних послуг,

заснованих на використанні природних лікувальних ресурсів, порівняно з іншими видами туристичних сервісів; саме це зумовлює реалізацію лікувально-профілактичної, реабілітаційної та профілактично-валеологічної функцій медичного туризму.

2.2 Потреби населення України в реабілітаційній допомозі

Першою логічною ланкою планування реабілітаційних заходів є оцінювання потреб населення в такій допомозі, адже саме вона визначає, які види послуг мають бути доступними, на якому рівні системи, у якій послідовності та з якими ресурсами. На практиці це означає, що поряд із загальним уявленням про поширеність захворювань і травм потрібні чіткі клінічні та організаційні підстави для направлення пацієнта на реабілітацію; у сучасній термінології це відповідає підходу “evidence” (доказовість) – коли рішення про реабілітаційний маршрут ґрунтується на очікуваних функціональних результатах, ризиках ускладнень і можливості відновлення. Загальні показання до медичної реабілітації систематизовано у профільних матеріалах ВООЗ; у вашому тексті вони коректно винесені у візуальну схему (рис. 2.4), що дає змогу показати не лише нозології, а передусім функціональні обмеження та потребу у відновленні життєдіяльності як ключовий критерій. Паралельно важливо підкреслити, що сучасна політика ВООЗ розглядає реабілітацію як невід’ємну частину системи охорони здоров’я, яка має бути доступною “по всій траєкторії допомоги” – від гострого етапу до тривалого супроводу, а держави-члени заохочуються розбудовувати реабілітацію як системну функцію охорони здоров’я, а не як вузькоспеціалізовану опцію “після лікування”.

Щодо протипоказань, у науковій і практичній площині доцільно розрізняти абсолютні обмеження (коли реабілітаційні втручання є небезпечними) та тимчасові, пов’язані зі стадією процесу або декомпенсацією. Тому формулювання про “супутні гострі інфекційні та запальні стани; тяжкі соматичні й онкологічні процеси; психічні порушення, що унеможливлюють комунікацію

та безпечну активну участь пацієнта” варто подати як підстави для відтермінування або спеціальної організації реабілітації, а не як універсальну “заборону”, адже частині пацієнтів реабілітаційні компоненти можуть бути потрібні навіть за складного супутнього стану, але в іншому форматі, з іншими цілями та рівнем нагляду. У цьому місці логічно підвести до проблеми пріоритетності: у літературі справді немає єдиного підходу до того, хто має отримувати реабілітацію “в першу чергу”, і дискусія коливається між двома полюсами – від уявлення про реабілітацію як стандартний компонент лікувального процесу для всіх пацієнтів із ризиком тривалих функціональних втрат до підходу, за яким спеціалізовані реабілітаційні потужності зосереджуються переважно на найтяжчих випадках. Найбільш збалансовано виглядає позиція, що реабілітація показана тим пацієнтам, у яких захворювання або травма створюють високий ризик стійкого зниження соціальної активності; або коли інвалідність уже встановлена, і тоді реабілітація спрямовується на максимальну автономію, компенсацію обмежень та повернення до навчання; праці; суспільної участі.

Далі доцільно осучаснити аргументацію щодо відбору до спеціалізованих відділень через критерій реабілітаційного потенціалу. За обмежених ресурсів пріоритет у спеціалізованих центрах обґрунтовують тим, що вони мають приймати тих, кому реабілітація дасть вимірюваний функціональний приріст, а отже потребують поєднання інтенсивності, командної роботи фахівців різних профілів та технічних засобів. Саме тому в структурі запиту на реабілітацію зазвичай домінують стани ортопедично-травматологічного; неврологічного; кардіологічного профілів, оскільки вони часто поєднують високу поширеність із високим ризиком тривалої втрати функцій і працездатності. Разом із тим у глобальному вимірі ВООЗ та профільні огляди наголошують, що потреба в реабілітації є масовим явищем: її пов’язують не лише з інвалідністю, а з широким спектром станів, які обмежують функціонування, що робить реабілітацію одним із ключових напрямів політики охорони здоров’я.

Для українського контексту доцільно перейти від застарілої лексики “інвалід” до нормативно коректного “особа з інвалідністю” та показати, що планування реабілітаційної мережі сьогодні має поєднувати два “потоки” потреб: традиційний – пов’язаний із хронічними неінфекційними захворюваннями та старінням; і додатковий – обумовлений воєнними травмами та наслідками бойових дій. У цьому місці доречно опертися на актуальне законодавче рамкування: Закон України “Про реабілітацію у сфері охорони здоров’я” від 03 грудня 2020 року № 1053-IX закріплює сучасне бачення реабілітації як складової медичної допомоги та основи для організації маршрутів, команд; стандартів; оцінювання результатів.

Оновлюючи статистичний блок, важливо верифікувати масштаби явища за адміністративними джерелами, оскільки наведені у попередніх викладках величини на рівні “близько 13 мільйонів” можуть не узгоджуватися з публічно озвучуваними оцінками профільних органів влади та з різницею у методологіях обліку. Зокрема, у публічних комунікаціях фігурує орієнтир чисельності осіб з інвалідністю на рівні кількох мільйонів, що задає інший порядок величин для планування послуг, кадрового та ліжкового фонду. Одночасно воєнний компонент потреб доцільно підкріплювати даними Єдиного державного реєстру ветеранів війни та відкритими адміністративними наборами: частка осіб зі статусами, пов’язаними з участю у бойових діях, а також осіб з інвалідністю внаслідок війни, прямо вказує на значний і довготривалий запит на комплексну реабілітацію та реадаптацію.

У підсумку логіку розділу можна посилити так: реабілітація починається з оцінювання потреб і доказових підстав для направлення; далі – з медичного та організаційного відбору за потенціалом і безпекою; потім – з організації маршруту від гострого етапу до амбулаторного й громадського рівня, із фокусом на функціонуванні, автономії та поверненні до навчання; праці; соціальної ролі. У сучасних умовах України відносно стабільний попит на реабілітаційні послуги, зумовлений хронічними захворюваннями та віковими змінами, поєднується зі зростанням потреб, спричинених воєнними травмами, що робить

інституційне посилення реабілітаційної допомоги одним із базових завдань державної політики у сфері охорони здоров'я та соціального захисту.



Рис. 2.4. Загальні показання до медичної реабілітації, складено автором на основі аналізу джерела [25].

Загальними протипоказаннями до реабілітації є супутні гострі запальні та інфекційні захворювання, соматичні та онкологічні захворювання, інтелектуальні розлади та психічні захворювання, що заважають спілкуванню і можливості активної участі пацієнта в процесі реабілітації. Водночас у літературі немає однозначної відповіді щодо того, який контингент пацієнтів та інвалідів потребує реабілітації в першу чергу.

Деякі вчені вважають, що медична реабілітація повинна бути частиною лікувального процесу для всіх пацієнтів, яким загрожує тривала інвалідність, інші вважають, що реабілітаційні установи повинні використовуватися лише для людей з дуже важкими травмами, тобто лише для інвалідів. Найбільш обґрунтованою є думка, що медична реабілітація показана тим пацієнтам, які через захворювання мають високий ризик стійкого зниження соціальної активності або вже мають інвалідність [27].

Зважаючи на значні витрати для спеціалізованого лікування та обмежені можливості реабілітаційних відділень чи центрів, вони приймають лише тих пацієнтів, яким дійсно можна допомогти, тобто які мають позитивний реабілітаційний потенціал. За даними літератури, захворювання ортопедично-травматологічних, неврологічних, кардіологічних профілів є основним формуючим контингентом пацієнтів, які потребують реабілітаційного лікування.

Визначаючи кількість пацієнтів, які потребують усіх видів реабілітації, ВООЗ пропонує врахувати 20-25% від загальної кількості пацієнтів, які отримують стаціонарне лікування, та 40-50% від загальної кількості амбулаторних пацієнтів. За даними Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України, із загальної кількості госпіталізованих у терапевтичне відділення для реабілітації потрібно 8,37 на 10 000 населення, в хірургічному відділенні – 20,91 на 10 000, неврологічного – 21,65 на 10 000 населення; в середньому від 20 до 30% підлягають додатковому лікуванню залежно від основного профілю палати, яка вимагає 6,16 ліжок на 10 000 населення.

Існує кілька категорій інвалідності, заснованих на різних критеріях. В Україні найбільш відомими є такі типи, які відрізняються за ступенем інвалідності:

I – повністю відключена;

II – частково або тимчасово інвалід;

III – здатний працювати в економних умовах праці [23].

Люди з I групою позбавлені самообслуговування. Вони залежать від інших і потребують догляду. Переїзд можливий лише за чужою допомогою. Спілкування з іншими ускладнене, може бути відсутність контролю над поведінкою.

Особи II-ї групи втратили здатність до самообслуговування лише частково: вони можуть рухатися і виконувати певні дії за допомогою інших або за допомогою спеціальних пристосувань. Працездатність частково втрачена. Людина може виконувати певну роботу, але для цього потрібні особливі умови.

III – група характеризується самообслуговуванням своїх потреб за допомогою допоміжних засобів. Вони рухаються самостійно, але повільніше і на меншій відстані. Навчання можливо лише в спеціальному режимі.

Потреба в медичній реабілітації військовослужбовців і ветеранів в Україні в останні роки формується одночасно двома статистично вимірюваними “пластами” – різким зростанням самої чисельності осіб зі статусами, пов’язаними з війною, та розширенням потоку пацієнтів, які фактично отримують реабілітаційні послуги в системі охорони здоров’я. За даними відкритих адміністративних наборів Міністерства у справах ветеранів України, станом на 01 січня 2025 року в Єдиному державному реєстрі ветеранів війни зафіксовано 1 071 499 осіб зі статусом учасника бойових дій, 159 932 особи зі статусом учасника війни та 119 678 осіб зі статусом особи з інвалідністю внаслідок війни; саме остання група є найбільш “реабілітаційно-інтенсивною”, оскільки потреба зазвичай має тривалий характер і включає відновлення функцій; компенсацію обмежень; протезування та навчання користуванню технічними засобами; адаптацію до побуту й повернення до праці. У практичному вимірі це означає, що навіть за консервативної логіки планування реабілітаційної мережі й кадрового забезпечення, потреба не може трактуватися як “вузький сегмент” – вона співмірна з масштабом ветеранської популяції та з чисельністю осіб, у яких наслідки війни вже набули форми стійких функціональних обмежень.

Другий шар статистики відображає фактичне навантаження на систему реабілітаційної допомоги в межах Програми медичних гарантій. У звіті Національної служби здоров’я України за 2024 рік зазначено, що реабілітаційні послуги протягом 2024 року отримали 413 003 пацієнти, а оплата медичних послуг за напрямом реабілітації становила 5,2 мільярда гривень; додатково виділялися значні кошти на технічне оснащення закладів, що надають реабілітаційну допомогу, як інфраструктурну відповідь на зростання потреб, зумовлених війною. Хоча ці дані подані для всього потоку пацієнтів (військових і цивільних разом), саме вони кількісно показують масштаб реабілітації як

масової медичної послуги у воєнний період і пояснюють, чому потреби військових слід планувати не “точково”, а як частину великої системи, здатної працювати по всій траєкторії – від гострого етапу до амбулаторного та довготривалого відновлення.

Окремий, найбільш ресурсомісткий сегмент потреби пов’язаний із важкими травмами, що потребують тривалої фізичної реабілітації та протезування. У публічних оцінках, які наводилися у матеріалах “Reuters” у квітні 2024 року, йшлося про орієнтовний діапазон у 20 000–50 000 українських військових, які мають ампутації (як наслідок бойових травм), причому ці оцінки прямо прив’язуються до зростання потреб у протезуванні та довготривалій реабілітації. Для планування державної політики важливо враховувати, що ампутації – це лише “видима” частина потреби: поряд із ними статистично значущою є реабілітація після мінно-вибухових травм без ампутацій; черепно-мозкових уражень; ушкоджень нервової системи; складних переломів і комбінованих травм, де реабілітаційний маршрут триває місяці й роки та вимагає мультидисциплінарної команди.

2.3 Проблеми забезпечення системи медичної реабілітації в Україні

Проблеми забезпечення системи медичної реабілітації в Україні доцільно розглядати як сукупність управлінських “вузьких місць” у нормативно-правовому регулюванні, інституційній архітектурі, фінансуванні, кадровому потенціалі, інформаційній інфраструктурі, організації маршрутів пацієнта та контролі якості. З позицій державного управління ключова складність полягає в тому, що реабілітація за своєю природою є міжсекторальною політикою: вона одночасно належить до сфери охорони здоров’я, соціального захисту, освіти, зайнятості, ветеранської політики та місцевого самоврядування. За наявності сучаснішої правової рамки у сфері охорони здоров’я, зокрема Закону України “Про реабілітацію у сфері охорони здоров’я” та підзаконних актів з організації

реабілітаційної допомоги, управлінський ефект знижують фрагментація повноважень і неоднакова спроможність виконавців на центральному та місцевому рівнях забезпечувати єдині правила гри, сталі стандарти і реальну безперервність допомоги.

Перший блок проблем стосується інституційної координації та розподілу відповідальності. Реабілітація людей з інвалідністю історично регулювалась також окремим законом у соціальній площині, що посилює ризик "подвійних контурів" політики, коли медична реабілітація, забезпечення допоміжними засобами реабілітації, соціальні послуги, професійна адаптація і працевлаштування адмініструються різними органами, з різними реєстрами, процедурами та критеріями пріоритетності. У такій моделі державі складно забезпечити повний цикл "від гострого стану до повернення у громаду", бо управлінська відповідальність розпорошується; а перехідні етапи між системами стають зонами втрати пацієнтів, часу й ресурсів. Це підтверджується й оцінками ВООЗ: у підсумках оціночної місії 2015 року акцентовано на відсутності цілісної системи реабілітації та системної підготовки кадрів; а в більш пізньому огляді ситуації станом на вересень 2020 року ВООЗ окремо розглядає питання політики, управління, мережі послуг і кадрового забезпечення як взаємопов'язані компоненти, які потребують узгодженого керування.

Другий блок проблем пов'язаний із переходом до функціональної моделі реабілітації та її управлінським "впровадженням у практику". На рівні державної політики декларується рух до оцінювання обмежень повсякденного функціонування та командної роботи фахівців, що закріплюється у профільному законі та урядовому порядку організації реабілітаційної допомоги. Водночас у практичній площині "діагнозоцентричний" підхід, інерція стаціонароцентричної організації допомоги та неоднакові управлінські інтерпретації на рівні закладів і регіонів гальмують стандартизацію маршрутів, індивідуальне планування реабілітації та міждисциплінарну взаємодію. Навіть за наявності інструментів документування роботи мультидисциплінарної реабілітаційної команди, управлінська проблема часто полягає не в "наявності форми", а в управлінні

змінами: навчанні персоналу, внутрішньому контролі якості, аудиті результатів і реальному використанні функціональних цілей як підстави для фінансування та оцінювання ефективності.

Третій блок проблем охоплює фінансування та стимули. Україна поступово інтегрувала реабілітацію у Програму медичних гарантій, де послуги оплачуються через договори з НСЗУ, і пацієнти можуть отримувати реабілітацію безоплатно за визначеними пакетами, у тому числі в амбулаторних і стаціонарних умовах. Проте з управлінської точки зору тут виникають кілька ризиків: по-перше, вимоги до надавача і тарифна модель можуть не покривати повністю витрати на команду, обладнання, простір та інтенсивність втручань, що створює стимул “мінімізувати реабілітацію” або замінювати її формальними процедурами; по-друге, контрактування нерівномірне між регіонами, що посилює територіальну нерівність доступу; по-третє, у воєнних умовах зростає потреба в післятравматичній та післяопераційній реабілітації, а це загострює проблему планування потужностей і контролю фактичного обсягу послуг. Водночас офіційні повідомлення демонструють істотний попит і масштабування надання таких послуг, що, з одного боку, є позитивом, а з іншого, потребує значно жорсткішого управлінського фокуса на якості та результатах, а не лише на кількості випадків.

Четвертий блок проблем стосується кадрової політики як ядра державного управління реабілітацією. ВООЗ у ситуаційному огляді прямо розглядає кадрові ресурси як ключову умову доступності та якості реабілітації; а практичне виконання урядових вимог щодо мультидисциплінарної команди потребує наявності фахівців відповідних профілів і достатнього часу на пацієнта. У публічному управлінні це означає необхідність одночасної роботи за кількома напрямами: державне замовлення і спроможність освітньої системи; визнання кваліфікацій; безперервний професійний розвиток; кадрове планування на рівні госпітальних округів і громад; мотиваційні пакети для утримання фахівців у регіонах, особливо у прифронтових. Якщо ці ланки не синхронізовані, то навіть

“правильно виписана” модель команди залишається формальною і не відтворюється у мережі закладів.

П’ятий блок проблем є інформаційно-управлінським. Ефективна реабілітація потребує прозорого обліку потреб, маршрутів пацієнтів, результатів функціонування та довготривалих наслідків. На практиці дані розподілені між медичною інформаційною системою, механізмами НСЗУ, соціальною сферою та окремими реєстрами. Наприклад, у соціальній площині функціонують електронні сервіси й база даних для забезпечення допоміжними засобами реабілітації; однак інтеграція даних про медичну реабілітацію, соціальний супровід, професійну адаптацію і потребу в засобах реабілітації часто не є “безшовною” для людини. Для державного управління це створює одразу три проблеми: складність стратегічного планування потужностей; слабкість моніторингу ефективності політики; а також високі транзакційні витрати для громадян, які змушені повторно підтверджувати інформацію і взаємодіяти з кількома інституціями.

Шостий блок проблем стосується організації мережі послуг та територіальної доступності. Реабілітація має бути “наближеною” до людини і розвиватися не лише як стаціонарна опція, а як поєднання гострого етапу, післягострої допомоги, довготривалого супроводу та послуг у громаді. ВООЗ у ситуаційному огляді описує потребу в системному розвитку послуг і керованості мережі; водночас в Україні на практиці зберігаються значні відмінності між областями щодо наявності реабілітаційних відділень, амбулаторних команд, обладнання, доступного простору та транспортної доступності, що посилюється руйнуванням інфраструктури і переміщенням населення під час війни. З позицій державного управління це означає необхідність чітких правил планування мережі в межах госпітальних округів, узгодження з місцевим самоврядуванням, міжмуніципальної співпраці та цільового фінансування “білих плям” доступності.

Сьомий блок проблем полягає у забезпеченні якості, підзвітності та управлінні результативністю. Реабілітація не може оцінюватися лише фактом

“надання послуг” або тривалістю перебування, оскільки її суспільна цінність полягає у відновленні функціонування, автономності, здатності до навчання, праці та участі у житті громади. Тому слабкою ланкою стає відсутність уніфікованих, операціоналізованих індикаторів результату, які були б однаково застосовні у закладах різних форм власності, придатні для управлінського контролю і пов’язані з фінансуванням, а також недостатня спроможність системи внутрішнього і зовнішнього аудиту якості. У державному управлінні це вимагає переходу від контролю “процесу” до керування “ефектом”, а також запровадження регулярного моніторингу якості на основі даних, що збираються мультидисциплінарними командами і системою контрактування НСЗУ.

У підсумку проблеми забезпечення системи медичної реабілітації в Україні зводяться не лише до дефіциту ресурсів, а до управлінської задачі “зшивання” політики: узгодження повноважень; єдиної логіки стандартів і маршрутів; стабільного фінансування зі стимулом до якості; кадрової стратегії; інтегрованих даних і реєстрів; розбудови послуг у громадах; системного контролю результатів. Для візуалізації логіки підрозділу доцільно залишити місце для двох рисунків.

Висновки до другого розділу

У другому розділі встановлено, що санаторно-курортний та рекреаційний потенціал України залишається вагомою ресурсною основою для профілактики, лікування та медичної реабілітації, оскільки поєднання природних лікувальних чинників із дієтотерапією, лікувальною фізкультурою та фізіотерапевтичними методами відповідає принципу комплексності й забезпечує фізіологічний характер відновлювального впливу. Показано, що кліматичні та ландшафтні ресурси країни створюють передумови для сезонної та цілорічної рекреації, а найбільш перспективними щодо зимових і всесезонних оздоровчих практик є Українські Карпати; водночас прибережні території мають значний потенціал розвитку морської рекреації та кліматотерапії. Узагальнення спеціалізації

санаторіїв та структури оздоровчо-реабілітаційного комплексу дає підстави розглядати санаторно-курортну сферу як специфічний сегмент медичного туризму, де домінують медичні послуги на основі природних ресурсів, а отже реалізуються лікувально-профілактична, реабілітаційна та профілактично-валеологічна функції.

Обґрунтовано, що оцінювання потреб населення у реабілітаційній допомозі має бути вихідною управлінською ланкою планування мережі послуг, оскільки саме потреба визначає перелік пріоритетних втручань, рівні надання допомоги та необхідні ресурси. Доведено, що сучасне планування потреб доцільно здійснювати у логіці “evidence” (доказовість; тобто рішення на основі доказів), коли направлення на реабілітацію пов’язується з очікуваними функціональними результатами та ризиками тривалих обмежень життєдіяльності. Показано, що в українських умовах традиційний потік потреб, пов’язаний із хронічними неінфекційними захворюваннями та віковими змінами, поєднується зі зростанням запиту, спричиненого воєнними травмами; це об’єктивно переводить реабілітацію в категорію масової медичної послуги, а не вузької “післялікувальної” опції. Використані в розділі адміністративні дані щодо ветеранської популяції та фактичного навантаження системи за Програмою медичних гарантій за відповідний період підсилюють висновок про довготривалий і ресурсомісткий характер потреби, включно з випадками, що потребують тривалої фізичної реабілітації та протезування.

Встановлено, що ключові проблеми забезпечення системи медичної реабілітації в Україні мають переважно управлінську природу й проявляються як “вузькі місця” у нормативно-правовому регулюванні, інституційній координації, фінансових стимулах, кадровій політиці, інформаційній інфраструктурі, територіальній доступності та механізмах контролю якості. Аргументовано, що реабілітація є міжсекторальною політикою, тому фрагментація повноважень і “подвійні контури” адміністрування у медичній та соціальній площинах ускладнюють безперервність допомоги “від гострого стану до повернення у громаду” та підвищують транзакційні витрати для громадян. Показано, що

інтеграція реабілітації у Програму медичних гарантій створює можливості для масштабування доступу, однак водночас загострює питання управління результативністю: необхідні чіткі стандарти якості, уніфіковані індикатори функціонального результату та регулярний моніторинг, інакше зростає ризик формалізації послуги. Доведено, що кадровий дефіцит і нерівномірність спроможності закладів та регіонів відтворювати мультидисциплінарну модель команди є системним обмеженням, яке не може бути усунене лише нормативними змінами без паралельної політики підготовки, утримання та планування персоналу. Окремо підкреслено, що інформаційна роз'єднаність даних між медичною системою, механізмами НСЗУ та соціальною сферою ускладнює стратегічне планування потужностей, оцінювання політики та побудову "безшовного" маршруту пацієнта, а територіальна нерівність доступу до послуг посилюється умовами війни й пошкодженням інфраструктури.

У цілому другий розділ підтверджує, що Україна має значний природно-ресурсний потенціал для оздоровлення й реабілітації, проте ефективність системи медичної реабілітації визначається передусім якістю державного управління: здатністю узгодити повноваження та відповідальність між секторами; забезпечити прозоре планування мережі послуг за потребою; сформувати сталі фінансові стимули, орієнтовані на функціональний результат; реалізувати кадрову стратегію; інтегрувати інформаційні контури; гарантувати територіальну доступність; перейти від контролю "процесу" до керування "ефектом". Саме така логіка є підставою для подальшого аналітичного переходу у наступних розділах до обґрунтування механізмів удосконалення системи медичної реабілітації на рівні державної політики та інституційної практики.

РОЗДІЛ 3
НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ

3.1 Напрями удосконалення функціонування системи медичної реабілітації в Україні

У сучасній вітчизняній медицині особливо виразно проявляються недоліки організації та змісту реабілітаційного лікування в Україні [1]. У світовій практиці реабілітація вибудовується за логікою Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ), тоді як в українських підходах така орієнтація часто не є системною. Це означає, що пацієнта доцільно розглядати не крізь призму одного "провідного" діагнозу, а через сукупність функціональних порушень і реальних труднощів у повсякденному житті. Наприклад, людина з травмою хребта може одночасно мати розлади координації, ускладнення з боку серцево-судинної та дихальної систем, порушення роботи шлунково-кишкового тракту тощо, а отже потребує допомоги, яка адресує функціональний стан у цілому, а не лише проблему опорно-рухового апарату. У такій логіці реабілітація передбачає навчання не тільки відновленню руху, а й самообслуговуванню: самостійно їсти, одягатися, виконувати базові побутові дії, користуватися допоміжними засобами, адаптуватися до середовища. Один лікар фізично не може забезпечити весь спектр таких втручань; потрібна командна робота різних фахівців і узгоджений план відновлення.

Однак навіть за наявності стратегічних намірів модернізації ключовим обмеженням залишається кадровий дефіцит і нерівномірність компетентностей. Зазначається, що лікарі та інструктори лікувальної фізкультури у своїй більшості фактично не володіють сучасними знаннями з функціональної анатомії та принципів відновлення функцій [4]. Наслідком цього стало закріплення стереотипу "періодичних госпіталізацій" "на реабілітацію", де домінує

медикаментозна терапія, тоді як функціонально орієнтовані втручання та індивідуальні програми відновлення часто опиняються на другому плані. Така практика, своєю чергою, підтримує збереження значної кількості стаціонарних ліжок, що потребують ресурсів і “завантаження” як аргументу доцільності їх існування [4].



Рис. 3.1. Процес реабілітації; складено автором на основі аналізу джерела [4].

Важливим зовнішнім підтвердженням системних прогалин стала оцінювальна місія з питань реабілітації ВООЗ, що працювала в Україні у грудні 2015 року: у висновках наголошено на відсутності цілісної системи реабілітації та відсутності налагодженої системи професійної підготовки відповідних фахівців [20]. У звіті також констатовано, що реабілітаційні послуги традиційно тяжіють до курортного середовища, а нормативне регулювання є фрагментованим і не забезпечує належної координації між уповноваженими міністерствами та організаціями [20]. Окремо підкреслено, що кадрове забезпечення реабілітації не відповідає світовим і європейським стандартам [20].

З огляду на масштабність проблеми реформа реабілітаційної медицини потребує тривалого часу та послідовних інституційних кроків, а не короткострокових рішень [20]. Пріоритетним залишається законодавче врегулювання: формування чіткої нормативної бази, визначення протоколів реабілітації для різних захворювань, травм, оперативних втручань; паралельно має бути забезпечена підготовка фахівців, що є процесом не одного року, поки не запрацює стабільна система навчання; окремою умовою виступає сучасна матеріальна база й належне оснащення реабілітаційних відділень [51; 20]. За умови використання сучасних методик пацієнт може демонструвати функціональний прогрес уже в перші дні після оперативних втручань, що підсилює аргументи на користь відмови від застарілих підходів і переходу до функціонально орієнтованої, командної та безперервної реабілітації, спрямованої на якнайшвидшу адаптацію людини до соціального життя після тяжких травм чи хвороб [20].

Водночас результативність змін визначатиметься не окремими “точковими” рішеннями, а комплексною перебудовою системи медичної реабілітації людей з інвалідністю. Зокрема, необхідними кроками називаються: узгодження функцій між органами державної влади та органами місцевого самоврядування; створення єдиного централізованого реєстру людей, які потребують реабілітації; якісне інформування населення про доступні реабілітаційні послуги; удосконалення фінансування та нормативно-правового регулювання на державному рівні та інші заходи [50]. У практичній площині це означає вдосконалення механізму функціонування системи медичної реабілітації через послідовні дії у нормативно-правовій, інформаційній, науковій, методологічній, кадровій, фінансовій, організаційній та управлінській площинах, а також через впровадження оцінювання ефективності реабілітаційних заходів на регіональному рівні (рис. 3.2).



Рис. 3.2 Схема удосконалення механізму функціонування системи медичної реабілітації в Україні, складено автором на основі аналізу джерела [24].

З метою посилення організаційно-управлінського забезпечення системи медичної реабілітації людей з інвалідністю пропонується створення Міжвідомчої координаційної ради з питань медичної реабілітації людей з інвалідністю. Однією з ключових функцій такої ради має бути оцінка ефективності медичної реабілітації, зокрема через розрахунок інтегрального показника ефективності медичної реабілітації людей з інвалідністю, що дозволить порівнювати результати, виявляти “вузькі місця” та підсилювати управлінські рішення на основі даних.

Отже, реалізація зазначених напрямів удосконалення механізму функціонування системи медичної реабілітації створює передумови для підвищення якості реабілітаційних послуг і розвитку професійної спроможності фахівців у цій сфері на національному рівні, а також для посилення їх конкурентоспроможності на міжнародному ринку праці. Вирішальним є перехід від декларативних намірів до практичної, інституційно забезпеченої реформи, що поєднує нормативні зміни, кадрову політику, матеріальне оснащення та прозорі механізми оцінювання результатів, адже саме така послідовність здатна забезпечити стале оновлення системи реабілітації в Україні [20; 50].

3.2 Шляхи створення ефективної системи медичної реабілітації в Україні

Роль реабілітації в практичній медицині стає все більш важливою. Реабілітація як процес реалізації комплексу заходів, спрямованих на відновлення соціального та професійного статусу інваліда, до недавнього часу використовувалася переважно соціальними службами [21]. Однак в останні десятиліття через зростання хронічної патології вона набуває все більшої популярності в медичній галузі.

Створення ефективної системи медичної реабілітації з урахуванням сучасного рівня охорони здоров’я, безумовно, можна вважати однією з найважливіших медико-соціальних проблем сучасної охорони здоров’я. Але

успіх її вирішення залежить не тільки від формування організаційної, кадрової та матеріально-технічної бази системи реабілітації [55]. Для удосконалення й підвищення ефективності функціонування системи медичної реабілітації інвалідів, на (рис 3.3) розробленні нові теоретико-методичні засади та обґрунтовані прикладні рекомендацій.

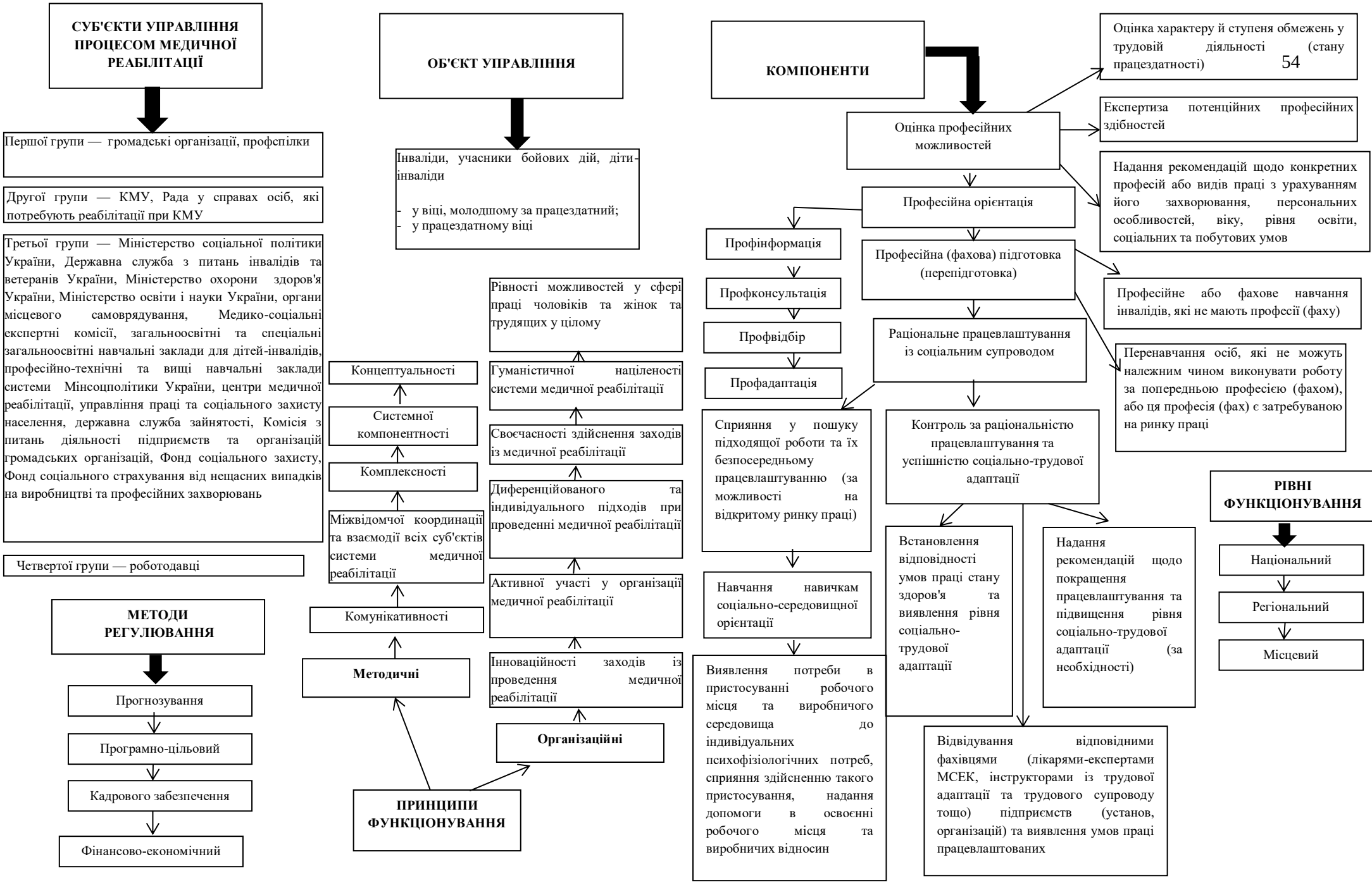


Рис. 3.3.Система удосконалення й підвищення ефективності функціонування медичної реабілітації, складено автором на основі аналізу джерела [15].

Розроблення структурно-функціональної системи медичної реабілітації доцільно пов’язувати з такими взаємопов’язаними компонентами, як оцінка професійних можливостей, професійна орієнтація, професійна та фахова підготовка; перепідготовка, раціональне працевлаштування із соціальним супроводом, а також подальший моніторинг соціально-трудової адаптації. Така конфігурація дає змогу точніше враховувати потреби й особливості окремих соціально-демографічних груп людей з інвалідністю та забезпечувати для них безперервність підтримки від етапу відновлення функцій до стабілізації участі у трудовому та суспільному житті.

Водночас самостійний і результативний розвиток системи медичної реабілітації навряд чи можливий без належно сформованої теоретичної бази, у межах якої будуть визначені науково обґрунтовані принципи побудови реабілітаційного процесу. Саме це може розглядатися як одне з ключових завдань медичної реабілітації як прикладної біомедичної наукової дисципліни, що досліджує закономірності, механізми та умови збереження і розвитку здоров’я, а також процеси відновлення функцій організму, втрачених унаслідок захворювання та лікування [5].

Висновки до третього розділу

До основних напрямів удосконалення функціонування системи медичної реабілітації в Україні доцільно віднести: узгодження функцій між органами державної влади та органами місцевого самоврядування; формування єдиного централізованого реєстру осіб, які потребують реабілітації; підвищення якості інформування населення про доступні реабілітаційні послуги; удосконалення фінансування й нормативно-правового регулювання на державному рівні та інші заходи.

Шляхи формування ефективної системи медичної реабілітації в Україні передбачають, зокрема, запровадження першочергових дій, визначення пріоритетних завдань і напрямів реалізації організаційно-економічного

механізму функціонування системи медичної реабілітації; упорядкування державної статистичної звітності та забезпечення доступу всіх суб’єктів системи до інформаційних ресурсів у сфері реабілітації людей з інвалідністю; перерозподіл фінансових ресурсів на користь створення нових і збереження наявних робочих місць для людей з інвалідністю. Важливим організаційним рішенням також визначається створення Міжвідомчої координаційної ради з питань медичної реабілітації при Кабінеті Міністрів України на правах громадського консультативно-дорадчого органу.

ВИСНОВКИ

У роботі уточнено поняття та розкрито сутність системи реабілітаційної допомоги. Обґрунтовано, що реабілітація є комплексною системою державних, соціально-економічних, психологічних, медичних, професійних і педагогічних заходів, спрямованих на відновлення здоров'я людини, її працездатності та соціального статусу; при цьому вона спирається на біологічні, соціально-економічні, психологічні, морально-етичні й науково-медичні засади. Показано, що система реабілітації включає органи, які організовують і координують діяльність установ та здійснюють управління нею; мережу реабілітаційних установ різних організаційних форм і типів, що реалізують відповідні програми; а також об'єкт реабілітації – пацієнта з тимчасовою втратою працездатності або з інвалідністю, який входить до системи як такий, що потребує реабілітації, і виходить із неї як реабілітований.

Узагальнено міжнародний досвід організації реабілітаційної допомоги та доведено, що за кордоном ключовими інституціями комплексної реабілітації є спеціалізовані багатопрофільні та змішані центри (для амбулаторних і стаціонарних пацієнтів), які функціонують у лікарнях і амбулаторних закладах за місцем проживання, у денних клініках, центрах охорони здоров'я, денних профілакторіях. Окремо відзначено розвиток реабілітаційних консультацій, станцій відновного лікування, реабілітаційних груп, а також практики реабілітації на дому й на комунальному рівні. Підкреслено, що саме комунальний рівень часто передбачає залучення місцевого населення та вихід реабілітаційних заходів за межі суто медичних закладів, а також наголошено на високій окупності таких втручань.

Охарактеризовано санаторно-курортний і рекреаційний потенціал України та визначено, що держава має сприятливі природні умови й значні рекреаційні та бальнеологічні ресурси, придатні для лікування, відпочинку, туризму та спорту. Унікальні ландшафти, національні парки, заповідні території, мінеральні

й термальні води, грязьові джерела формують передумови для розвитку в Україні індустріально-рекреаційного комплексу.

Визначено коло проблем, що стримують ефективне функціонування системи медичної реабілітації в Україні. До них віднесено труднощі з оцінюванням професійних можливостей людей з інвалідністю, організацією професійної орієнтації, забезпеченням професійної; фахової підготовки й перепідготовки, реалізацією раціонального працевлаштування із соціальним супроводом, а також контролем обґрунтованості працевлаштування та успішності соціально-трудової адаптації. Поряд із цим окреслено обмеженість ресурсів сфери охорони здоров'я, нераціональне використання наявних ресурсів, низьку доступність якісних медичних послуг, а також недосконаліть законодавства, що регулює діяльність системи охорони здоров'я.

Розроблено основні напрями удосконалення функціонування системи медичної реабілітації в Україні. Для підвищення її результативності запропоновано сформувати єдиний державний координуючий орган, який забезпечуватиме узгодження дій міністерств і відомств у сфері реабілітації, а також актуалізувати нормативно-правове поле шляхом ухвалення необхідних законів і підзаконних актів, що регламентують адміністрування реабілітаційних процесів. Важливою умовою визначено запровадження нових освітніх програм, навчальних планів і стандартів, визнаних міжнародною професійною спільнотою, а також упровадження сучасних моделей реабілітаційних послуг. Окремо акцентовано на потребі зміцнення матеріально-технічної бази реабілітаційних закладів відповідно до міжнародних стандартів.

Запропоновано шляхи формування ефективної системи медичної реабілітації в Україні, зокрема: запровадження першочергових заходів, визначення пріоритетних завдань і напрямів реалізації організаційно-економічного механізму функціонування системи медичної реабілітації людей з інвалідністю, що передбачає вдосконалення законодавчої бази та правову диверсифікацію діяльності інституційних органів з урахуванням потреб окремих соціально-демографічних груп; упорядкування державної статистичної звітності

та забезпечення доступу всіх суб’єктів системи до інформаційних ресурсів у сфері реабілітації; перерозподіл фінансових ресурсів на користь створення нових і збереження наявних робочих місць для людей з інвалідністю, а також залучення коштів працедавців, вітчизняних і міжнародних благодійних організацій до фінансування реабілітаційних заходів; створення організаційно-управлінської структури – Міжвідомчої координаційної ради з питань медичної реабілітації людей з інвалідністю при Кабінеті Міністрів України на правах громадського консультативно-дорадчого органу.

Отже, сформульовані рекомендації щодо удосконалення механізму функціонування системи медичної реабілітації людей з інвалідністю за окресленими напрямами доцільно розглядати як вагому складову реалізації державної політики у сфері медичної реабілітації людей з інвалідністю.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Балуєва О. Формування стратегічних напрямів діяльності вищих медичних навчальних закладів, спрямованих на удосконалення підготовки медичних кадрів. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2013. № 12.

2. Гайдаєв Ю. Наукове обґрунтування моделі впровадження в Україні державних цільових програм покращання здоров'я нації: автореф. дис. д-ра мед. наук. Київ, 2007. 26 с.

3. Голяченко А. Наукове обґрунтування оптимізації системи медичної реабілітації в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: автореф. дис. д-ра мед. наук. Київ, 2008. 32 с.

4. Державний експертний центр МОЗ України. Стандарт медичної допомоги "Реабілітація при травматичному ушкодженні спинного мозку". Київ, 2024. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2025/05/2025_4135_ykpmig_1697_standart.pdf

5. Деякі питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2022 № 1462. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1462-2022-%D0%BF#Text

6. Золотарьова Т. Медична реабілітація. Київ: КІМ, 2012. 496 с.

7. Конституція України. 28.06.1996. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text

8. Медична статистика та звітність (medstat): офіційний портал. Міністерство охорони здоров'я України. URL: http://medstat.gov.ua/ukr/statdan.html

9. Мисула І.; Вакуленко Л. Медична та соціальна реабілітація: навчальний посібник. Тернопіль: ТДМУ, 2005. 402 с.

10. Міністерство охорони здоров'я України. Електронна система охорони здоров'я "eHealth" (електронна система охорони здоров'я): нормативна база та офіційні новини. URL: https://moz.gov.ua/

11. Міністерство соціальної політики України. Державна програма забезпечення допоміжними засобами реабілітації: офіційна інформація та нормативна база. URL: https://www.msp.gov.ua/

12. Міністерство у справах ветеранів України. Державна ветеранська політика: нормативна база та програми реабілітації. URL: https://mva.gov.ua/

13. Національна служба здоров'я України. Програма медичних гарантій: пакети та специфікації (послуги реабілітації). URL: https://contracting.nszu.gov.ua/

14. Національна служба здоров'я України. Річні звіти та дашборди (відкриті дані). URL: https://nszu.gov.ua/

15. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text

16. Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 03.11.2021 № 1268. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-%D0%BF#Text

17. Положення про Міністерство охорони здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 25.03.2015 № 267. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF#Text

18. Порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення. Міністерство охорони здоров'я України, 31.12.2025. URL: https://moz.gov.ua/storage/uploads/fdc5dbeb-f4e5-4981-8731-b327b4654d6a/%D0%9F%D0%BE%D1%80%D1%8F%D0%B4%D0%BE%D0%BA-%D0%9F%D0%9C%D0%93.pdf

19. Приступа Є. Роль і місце фахівця з фізичної реабілітації в системі охорони здоров'я. Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. 2011. № 11.

20. Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 03.11.2021 № 1268: Постанова Кабінету Міністрів України від 29.10.2024 № 1198. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1198-2024-%D0%BF#Text

21. Про внесення змін до Порядку надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09.04.2025 № 1453. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0717-25#Text

22. Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії: Закон України від 05.10.2000 № 2017-III. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2017-14#Text

23. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text

24. Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб: Закон України від 20.10.2014 № 1706-VII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1706-18#Text

25. Про засади забезпечення кібербезпеки України: Закон України від 05.10.2017 № 2163-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2163-19#Text

26. Про затвердження Загального положення про санаторно-курортний заклад: Постанова Кабінету Міністрів України від 11.10.2002 № 805. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/805-2002-%D0%BF#Text

27. Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05.09.2011 № 561. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1295-11#Text

28. Про затвердження кваліфікаційних характеристик професій працівників охорони здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15.12.2018 № 2331. URL: https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-15122018--2331-pro-zatverdzhennja-kvalifikacijnih-harakteristik-profesij-pracivnikiv

29. Про затвердження Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення: Постанова Кабінету Міністрів України від 05.04.2012 № 321. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/321-2012-%D0%BF#Text

30. Про затвердження Порядку підготовки фахівців за спеціальностями “Фізична терапія” та “Ерготерапія”: Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 30.06.2025 № 1065. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0912-25#Text

31. Про затвердження Порядку надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров’я: Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 19.09.2022 № 2083. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1497-22#Text

32. Про затвердження Програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році: Постанова Кабінету Міністрів України від 24.12.2024 № 1503. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1503-2024-%D0%BF#Text

33. Про затвердження форм індивідуальної програми реабілітації особи з інвалідністю та Порядку їх складання: Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 08.10.2007 № 623. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1197-07#Text

34. Про затвердження Стандарту медичної допомоги “Реабілітація при ампутації нижньої кінцівки”: Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 30.09.2025 № 1868. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v1868282-25#Text

35. Про захист персональних даних: Закон України від 01.06.2010 № 2297-VI. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2297-17#Text

36. Про курорти: Закон України від 05.10.2000 № 2026-III. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2026-14#Text

37. Про гуманітарну допомогу: Закон України від 22.10.1999 № 1192-XIV. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1192-14#Text

38. Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні: Закон України від 21.03.1991 № 875-XII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/875-12#Text

39. Про ратифікацію Конвенції про права осіб з інвалідністю та Факультативного протоколу до неї: Закон України від 16.12.2009 № 1767-VI. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1767-17#Text

40. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні: Закон України від 06.10.2005 № 2961-IV. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text

41. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України від 03.12.2020 № 1053-IX. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text

42. Про соціальні послуги: Закон України від 17.01.2019 № 2671-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19#Text

43. Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту: Закон України від 22.10.1993 № 3551-XII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3551-12#Text

44. Про схвалення Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 14.04.2021 № 366-р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/366-2021-%D1%80#Text

45. Про туризм: Закон України від 15.09.1995 № 324;95-ВР. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/324/95-%D0%B2%D1%80#Text

46. Про фізичну культуру і спорт: Закон України від 24.12.1993 № 3808-XII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3808-12#Text

47. Про порядок контролю якості медичної допомоги: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 № 752. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12#Text

48. Стратегія відновлення та сталого розвитку системи охорони здоров'я: програмні документи та планові матеріали. Кабінет Міністрів України. URL: https://www.kmu.gov.ua/

49. Хребтій Г. Інноваційні технології, спрямовані на розвиток клінічного мислення у студентів вищих медичних навчальних закладів України. Буковинський медичний вісник. 2015. Т. 19. № 2.

50. Швіренко І. Проблемні питання медичної реабілітації в сучасних умовах. Університетська клініка. 2017.

51. Шевчук В. Медико-соціальні пазли для осіб з інвалідністю. Ваше здоров'я. 2015. № 31–32. С. 12–13.

52. Шінкарук-Диковицька М. Компетентнісний підхід та формування ключових компетентностей в підготовці студентів вищих навчальних медичних закладів. Вісник Вінницького національного медичного університету. 2017. № 1(2). С. 319–323.

53. Chen J.J.; Yang R.K. The future of UIHC rehabilitation services: defining and measuring quality rehabilitation services. Iowa Orthopedic Journal. 2009.

54. Directive (EU) 2019;882 of the European Parliament and of the Council of 17 April 2019 on the accessibility requirements for products and services “European Accessibility Act” (європейський акт доступності). Official Journal of the European Union. 2019. URL: https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2019/882/oj

55. European Commission. Union of Equality: Strategy for the Rights of Persons with Disabilities 2021–2030. Brussels, 2021. URL: https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/disability/rights-persons-disabilities-strategy_en

56. European Commission. Ukraine Facility: programme documents and implementation materials. URL: https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priority-actions/support-ukraine/ukraine-facility_en

57. European Union. EU4Health Programme: documentation. URL: https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027_en

58. Firshein J. DPS system flunks test for rehabilitation providers. Hospitals. 2007.

59. International Committee of the Red Cross. Physical Rehabilitation Programme: annual and thematic reports. URL: https://www.icrc.org/en/what-we-do/physical-rehabilitation

60. International Labour Organization. Vocational Rehabilitation and Employment (Disabled Persons) Convention, 1983 (No. 159). URL: https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312304

61. Körner M. Interprofessional teamwork in medical rehabilitation: a comparison of multidisciplinary and interdisciplinary team approach. Clinical Rehabilitation. 2010. Vol. 24(8).

62. Organisation for Economic Co-operation and Development. Disability, Work and Inclusion: Mainstreaming in All Policies and Practices. Paris: OECD, 2010. URL: https://www.oecd.org/social/disability/

63. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. United Nations. 2015. URL: https://sdgs.un.org/2030agenda

64. Ukraine: Fourth Rapid Damage and Needs Assessment (RDNA4). World Bank; Government of Ukraine; European Union; United Nations. 2025. URL: https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/099021025211532523/p1801740a1dc0e0b70bda0f1b1e7e2c6b60

65. Ukraine: Health System and Financing – analytical products and project documents. World Bank. URL: https://www.worldbank.org/en/country/ukraine

66. UNICEF. Early Childhood Intervention and disability inclusion: Ukraine country resources and guidance. URL: https://www.unicef.org/ukraine/

67. UNDP. Ukraine: assessments on social and health impacts of the war (reports and analytical notes). URL: https://www.undp.org/ukraine

68. UNHCR. Ukraine situation: protection and inclusion of persons with disabilities, rehabilitation-related guidance. URL: https://www.unhcr.org/ua/

69. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York, 2006. URL: https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html

70. United Nations. Disability and Development Report. 2024. URL: https://www.un.org/development/desa/disabilities/publication-disability-and-development-report.html

71. United Nations. Disability inclusion in humanitarian action: policy and guidance. URL: https://www.un.org/development/desa/disabilities/disability-inclusion.html

72. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. Humanitarian Needs and Response Plan: Ukraine 2025 (Health chapter). 2025. URL: https://humanitarianaction.info/plan/1271/document/ukraine-humanitarian-needs-and-response-plan-2025/article/35-health-2

73. World Bank. Disability Inclusion: overview and resources. URL: https://www.worldbank.org/en/topic/disability

74. World Health Organization. Global report on health equity for persons with disabilities. Geneva: WHO, 2022. URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789240063600

75. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: WHO, 2001. URL: https://iris.who.int/handle/10665/42407

76. World Health Organization. Package of Interventions for Rehabilitation (PIR): resources and tools. URL: https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/pir

77. World Health Organization. Rehabilitation 2030: a call for action. Geneva: WHO, 2017. URL: https://www.who.int/initiatives/rehabilitation-2030

78. World Health Organization. Recommendations on rehabilitation in health systems. Geneva: WHO, 2017. URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789241515989

79. World Health Organization. Rehabilitation in health systems: guide for action. Geneva: WHO, 2019. URL: https://www.who.int/publications/i/item/rehabilitation-in-health-systems-guide-for-action

80. World Health Organization. Ukraine emergency and recovery: situation reports and health sector updates. URL: https://www.who.int/emergencies/situations/ukraine-emergency

81. World Health Organization. World Report on Disability. Geneva: WHO; World Bank, 2011. URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789241564182

82. World Health Organization; World Bank. Global initiative on assistive technology “GATE” (глобальна ініціатива з допоміжних технологій): resources. URL: https://www.who.int/initiatives/global-initiative-on-assistive-technology

83. World Health Organization Regional Office for Europe. Financing rehabilitation services in Ukraine: current state and future opportunities. Copenhagen, 2025. URL: https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289062062

84. World Health Organization Regional Office for Europe. The need for rehabilitation services in the WHO European Region. Copenhagen, 2022. URL: https://reliefweb.int/report/world/need-rehabilitation-services-who-european-region-enrude

85. World Physiotherapy. Policy statement: Description of physical therapy. 2019. URL: https://world.physio/policy/ps-descriptionPT

86. Convention on Vocational Rehabilitation and Employment (Disabled Persons), 1983 (No. 159). International Labour Organization. URL: https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312304

87. IOM. Ukraine: needs assessments and services mapping (health and rehabilitation-related components). URL: https://ukraine.iom.int/