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
«____»_____2025 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти

на тему:

«УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ: ДЕРЖАВНО-УПРАВЛІНСЬКИЙ АСПЕКТ»

Виконав: студент групи
Е-9-23-М1ПУА (1.6 ддс)
спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»
Дудін Олег Валеріанович
Керівник: PhD, Кузьменко Г. О.

Київ 2025

АНОТАЦІЯ

Дудін Олег Валеріанович. «Удосконалення системи медичної реабілітації в Україні: державно-управлінський аспект».

Дипломна робота на здобуття рівня вищої освіти «магістр» із спеціальності «Публічне управління та адміністрування» - Міжрегіональна Академія управління персоналом – Київ. 2025

У дипломній роботі визначено теоретичні засади та історичні етапи розвитку системи медичної реабілітації в Україні, розкрито зміст поняття реабілітації у сфері охорони здоров'я та проаналізовано відповідне правове регулювання. Проведено дослідження міжнародного досвіду організації реабілітаційних систем та механізмів впровадження Міжнародної класифікації функціонування у вітчизняну практику. Розкрито основні виклики, досягнення та результати реформування системи реабілітації.

Ключові слова: медична реабілітація, правове регулювання, міжнародний досвід, охорона здоров'я, реформування системи.

SUMMARY

Dudin Oleh. "Improving the Medical Rehabilitation System in Ukraine: State Management Aspect"

Thesis for obtaining the level of higher education "Master" in "Public Administration" - Interregional Academy of Personnel Management - Kyiv. 2025

The thesis defines the theoretical foundations and historical stages of the medical rehabilitation system's development in Ukraine, reveals the essence of rehabilitation within the healthcare sector, and analyzes the relevant legal regulations. It conducts a study of international experience in organizing rehabilitation systems and the mechanisms for implementing the International Classification of Functioning, Disability and Health into domestic practice. Furthermore, it outlines the key challenges, achievements, and results of the rehabilitation system reform.

Key words: medical rehabilitation, legal regulation, international experience, healthcare, system reform.

ЗМІСТ

ВСТУП 4

РОЗДІЛ 1 ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ ТА ЗАКОНОДАВЧЕ ПІДҐРУНТЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ 6

1.1 Поняття медичної реабілітації та напрями досліджень 6

1.1. Правове регулювання реабілітації у сфері охорони здоров'я в Україні 8

1.3 Міжнародний досвід організації системи реабілітації у сфері охорони здоров'я 15

РОЗДІЛ 2. ЕТАПИ РОЗВИТКУ ТА РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ 31

2.1. Оцінка існуючої системи реабілітації та міжнародна класифікація функціонування 31

2.2. Моніторинг та оцінка результатів реформ 37

2.3. Основні виклики та досягнення системи реабілітації в Україні, переваги та недоліки правового регулювання 45

ВИСНОВКИ 49

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 53

ВСТУП

Медична реабілітація є одним із ключових компонентів сучасної системи охорони здоров’я, оскільки сприяє відновленню функціональних можливостей пацієнтів, покращенню їхньої якості життя та інтеграції у суспільство. Особливо важливим питання реабілітації є в умовах України, де зростає кількість осіб із порушеннями здоров’я внаслідок збройного конфлікту, демографічних змін та збільшення поширеності неінфекційних захворювань.

Незважаючи на певні успіхи у реформуванні галузі, українська система реабілітації все ще стикається з низкою викликів, зокрема недостатнім фінансуванням, нерівномірним розподілом ресурсів між регіонами, нестачею кваліфікованих фахівців та недостатньою інтеграцією реабілітаційних послуг у загальну систему охорони здоров’я. Для вирішення цих проблем необхідно враховувати досвід розвинених країн, які вже впровадили ефективні моделі реабілітації, що базуються на мультидисциплінарному підході, використанні цифрових технологій та державному фінансуванні таких послуг.

У даній роботі буде розглянуто сучасний стан медичної реабілітації в Україні, проаналізовано міжнародний досвід та запропоновано шляхи удосконалення національної системи реабілітаційних послуг. Особлива увага буде приділена використанню телереабілітації, впровадженню новітніх технологій у процес реабілітації та створенню умов для забезпечення доступності та високої якості таких послуг.

Актуальність цієї теми зумовлена необхідністю розробки ефективних механізмів реабілітаційної допомоги, що відповідають сучасним вимогам медицини та соціальної політики. Результати дослідження сприятимуть формуванню стратегічних підходів до розвитку реабілітаційної системи України, що дозволить забезпечити максимальну ефективність реабілітаційних заходів, оптимізувати витрати та підвищити рівень життя осіб, які потребують реабілітації.

Реабілітація як складова системи охорони здоров’я відіграє критично важливу роль у відновленні та підтримці функціональних можливостей пацієнтів. В умовах сучасних викликів, зокрема війни, старіння населення та збільшення кількості людей з хронічними захворюваннями, питання удосконалення системи медичної реабілітації в Україні набуває особливого значення. Проведене дослідження дозволяє зробити низку ключових висновків.

РОЗДІЛ 1 ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ ТА ЗАКОНОДАВЧЕ ПІДҐРУНТЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ

1.1 Поняття медичної реабілітації та напрями досліджень

Реабілітація є важливою частиною загального медичного обслуговування, яка сприяє відновленню, підтримці та покращенню функціонування людей з різними проблемами здоров'я. У поєднанні зі зміцненням здоров'я, профілактикою захворювань, лікуванням та паліативною допомогою, реабілітація відіграє ключову роль у забезпеченні якісного та доступного медичного обслуговування для всіх. Враховуючи сучасні виклики, такі як старіння населення, зростання кількості хронічних захворювань і травм, питання реабілітації набуває ще більшого значення. У багатьох країнах світу розвиваються програми з реабілітаційної допомоги, які сприяють соціальній інтеграції людей з обмеженими можливостями.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає реабілітацію як «набір втручань, призначених для оптимізації функціонування та зменшення інвалідності в осіб із проблемами здоров'я у взаємодії з їхнім оточенням» [1].«набір втручань, призначених для оптимізації функціонування та зменшення інвалідності в осіб із проблемами здоров'я у взаємодії з їхнім оточенням». Розвиток сфери реабілітації є важливим для досягнення третьої Цілі сталого розвитку ООН — «Забезпечення здорового життя та сприяння добробуту для всіх у будь-якому віці». За оцінкою ВООЗ, 2,4 мільярди людей у світі потребують послуг з реабілітації [1]. Це свідчить про те, що проблема реабілітації є глобальною і вимагає спільних зусиль урядів, медичних установ і громадянського суспільства.

Національне законодавство України визначає термін «реабілітаційна допомога у сфері охорони здоров'я» як діяльність фахівців, що передбачає

здійснення комплексу заходів, спрямованих на оптимізацію функціонування осіб, які зазнають або можуть зазнати обмеження повсякденного функціонування у їхньому середовищі [2].«реабілітаційна допомога у сфері охорони здоров'я» як діяльність фахівців, що передбачає здійснення комплексу заходів, спрямованих на оптимізацію функціонування осіб, які зазнають або можуть зазнати обмеження повсякденного функціонування у їхньому середовищі. Окрім цього, законодавство розрізняє поняття «абілітація», що стосується комплексу заходів для осіб із вродженими або набутими у ранньому віці обмеженнями повсякденного функціонування. У зв'язку з цим в Україні активно впроваджуються реформи щодо покращення доступності реабілітаційних послуг, розширюються можливості для отримання комплексного відновлення після травм та хвороб.

Попри те, що медична реабілітація належить до сфери охорони здоров'я, її мультидисциплінарність та значна соціальна складова дозволяють відносити її також до галузі соціальних наук [3], її мультидисциплінарність та значна соціальна складова дозволяють відносити її також до галузі соціальних наук. Цей підхід підкреслює важливість інтеграції медичних і соціальних послуг для досягнення оптимального результату. Роль реабілітації не обмежується лише фізичним відновленням. Вона включає психологічну, соціальну та професійну реабілітацію, що сприяє поверненню людини до повноцінного життя, забезпеченню її зайнятості та незалежності. Крім того, значна увага приділяється реабілітації ветеранів бойових дій, які потребують спеціалізованої допомоги для відновлення фізичного та психоемоційного стану.

У роботі використані наступні методи досліджень: аналіз і синтез, історичний підхід, методи групування та спостереження. Ці методи дозволяють комплексно оцінити значення реабілітації у сучасному суспільстві та виявити основні напрями її подальшого розвитку. Аналіз дозволяє дослідити тенденції розвитку реабілітації на міжнародному та національному рівнях. Синтез дає можливість сформулювати основні принципи надання реабілітаційної допомоги.

Історичний підхід допомагає простежити еволюцію реабілітаційних методик. Метод групування дозволяє класифікувати основні напрямки реабілітації, а метод спостереження дає змогу оцінити ефективність впроваджених заходів.

Реабілітація є невід'ємною частиною системи охорони здоров’я, що має на меті не лише відновлення втрачених функцій, але й підвищення якості життя осіб із проблемами здоров’я. Її розвиток та інтеграція в національні системи охорони здоров’я і соціального забезпечення є важливим кроком на шляху до побудови інклюзивного суспільства. Важливим аспектом є державна підтримка реабілітації, забезпечення фінансування та створення умов для підготовки кваліфікованих фахівців [4, 5].та створення умов для підготовки кваліфікованих фахівців. Також необхідним є підвищення рівня обізнаності населення про можливості реабілітації та розвиток сучасних реабілітаційних центрів

1.1. Правове регулювання реабілітації у сфері охорони здоров’я в Україні

Населення Україна до повномаштабного вторгнення мало суттєвий тягар неінфекційних захворювань (серцево-судинні, онкологічні, діабет, захворювання легень), які призводять до станів, що потребують реабілітації. На сьогодні до основної потреби додаються військові травми, які потребують розвитку послуг та значних фінансових ресурсів, навчання та пошуку професіоналів у сфері реабілітації.

Основні нормативно-правові акти, які регулюють питання реабілітації в Україні.

Конституція України, стаття 49 якої визначає, що коожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного

обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвиткові лікувальних закладів усіх форм власності. [6]

Закон України “Основи законодавства України про охорону здоров’я“ встановлює рамкові та безпосередні вимоги до надання медичних послуг (до яких входять, в тому числі, і реабілітаційні послуги); описує права та обов’язки пацієнтів; гарантії, які надаються державою; дає визначення основним термінам (в тому числі “реабілітація в сфері охорони здоров’я, “реабілітаційна послуга“, “реабілітація“ тощо); закріплює серед галузевих стандартів в сфері охорони здоров’я стандарти надання реабілітаційної допомоги, тощо. [7]

Закон України “Про реабілітацію в сфері охорони здоров’я“ є основним законом в Україні, що регулює питання надання реабілітаційних послуг в Україні. [8]

Закон України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення“ визначає вимоги до порядку отримання безоплатної реабілітаційної допомоги, механізми та джерела фінансування. [9]

Постанови Кабінету Міністрів України:

Постанова КМУ від 3 листопада 2021 р. № 1268 «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров’я» затверджує Порядок організації надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров’я; Типове положення про реабілітаційне відділення, підрозділ; Типове положення про мультидисциплінарну реабілітаційну команду. [10]

Постанова КМУ від 16 грудня 2022 р. № 1462 «Деякі питання організації реабілітації у сфері охорони здоров’я» затверджує Державний типовий план реабілітації осіб з обмеженнями повсякденного функціонування; Порядок забезпечення осіб з обмеженнями повсякденного функціонування медичними виробами, в тому числі допоміжними засобами реабілітації; Положення про

індивідуальний реабілітаційний план, порядок його фінансування та реалізації. [11]

Постанова КМУ від 24 грудня 2024 р. № 1503 “Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році“ затверджує Порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році. Визначає реабілітаційні послуги, які фінмнсуються за рахунок державного бюджету у 2025 році; визначає що таке реабілітаційна спроможність закладу, який надає реабілітаційну допомогу; встановлює коригувальні коефіцієнти, що враховують характеристики складності випадків під час надання послуг з реабілітації та інтенсивність використання ресурсів. [12]

Накази МОЗ України:

Наказ МОЗ від 31 травня 2023 року № 995 “Про затвердження примірних табелів матеріально-технічного оснащення реабілітаційних відділень, підрозділів закладів охорони здоров'я, які надають реабілітаційну допомогу“ визначає мінімальні вимоги до матеріально-технічного оснащення ЗОЗ, які надають реабілітаційну допомогу. [13]

Наказ МОЗ від 16.11.2022 № 2083 “Про затвердження Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах“, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 02 грудня 2022 р. за № 1516/38852 затверджує реабілітаційні маршрути пацієнта відповідно до стану пацієнта, затверджує інструменти функціонального оцінювання пацієнта, які мають бути використані на таких маршрутах. [14]

Наказ МОЗ від 17.05.2023 № 915 “Про затвердження Переліку протипоказань для надання реабілітаційної допомоги високого обсягу особі, яка потребує реабілітації, у стаціонарному відділенні після гострої та довготривалої реабілітації та внесення зміни до наказу Міністерства охорони здоров’я України від 14 лютого 2012 року № 110“, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 07 липня 2023 р. за № 1160/40216 затверджує форму форму первинної облікової

документації № 044-1 «Результати обговорень мультидисциплінарної реабілітаційної команди стосовно особи, яка потребує реабілітації» та Інструкцію щодо заповнення форми первинної облікової документації № 044-1»Результати обговорень мультидисциплінарної реабілітаційної команди стосовно особи, яка потребує реабілітації», а також перелік протипоказань для надання реабілітаційної допомоги високого обсягу. [15]

Відповідно до статті 7 Закону України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" [7] держава зобов'язана фінансувати надання гарантованого обсягу реабілітаційних послуг.

Останні зміни у законодавстві повністю змінили напрямок допомоги людям з обмеженим функціонуванням. Історично склалося, що у пострадянських країнах професійна мультидисциплінарна реабілітація підмінювалася недоказовими санаторно-курортними послугами, що призводило до сталого обмеження функціонування пацієнтів без можливості їх зменшення [16]. Також надання послуг було прив'язано до статусу людини з інвалідністю та МСЕК, що значно збільшувало час між епізодом захворювання та початком реабілітаційних послуг і негативно впливало на результат.

У 2020 році Верховною Радою України було схвалено Закон України "Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я" [17], який вперше замінив недоказові підходи на сучасні комплексні послуги з реабілітації з можливістю їх розвитку та фінансування. Прикладом результативності таких ініціатив є можливість пацієнту отримати комплексні реабілітаційні послуги мультидисциплінарною командою у державному або приватному закладі за кошт НСЗУ [18]. Вводяться сучасні поняття, як фізична та реабілітаційна медицина, фізична терапія, терапія мови і мовлення тощо.

Важливим є визначення кола осіб, яким надається реабілітаційна допомога – особи з обмеженнями повсякденного функціонування та особи, у яких захворювання, травми, вроджені порушення або інші стани здоров'я можуть призвести до обмеження повсякденного функціонування або стійкого обмеження

життєдіяльності [19]. Тобто послуги надаються тим, хто їх потребує, незалежно від статусу інвалідності, прив’язки до діагнозу тощо. Визначено як права, так і обов’язки осіб, що потребують реабілітації, які надають можливості вибору та повної інформації, а також передбачають гідне ставлення до фахівців.

Врегульовано питання допоміжних засобів реабілітації. Слід зазначити, що попереднє регулювання передбачало їх надання з прив’язкою до статусу інвалідності. Однак, прийнятим Законом України "Про реабілітацію у сфері охорони здоров’я" внесено точкові зміни, проте не скасовано Закон України "Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні" [6], який прив’язує послуги до статусу та рішень МСЕК. Таке подвійне регулювання може призвести до складнощів у оцінці потреб та аналізу реальної картини в країні, непрозорості фінансування, дублювання послуг, неможливості повноцінного моніторингу і оцінки.

Законом "Про реабілітацію у сфері охорони здоров’я" внесено зміни до інших актів, зокрема визначено виключний перелік типів реабілітаційних закладів [7]:

реабілітації у сфері охорони здоров’я;

медико-соціальної реабілітації;

соціальної реабілітації;

психолого-педагогічної реабілітації;

професійної реабілітації;

трудової реабілітації;

фізкультурно-спортивної реабілітації.

Зміни щодо трансформації санаторно-курортних закладів передбачають запровадження лікування та реабілітації у сфері охорони здоров’я на базі цих закладів за рахунок фонду соціального страхування, що також містить ризики подвійного фінансування та потребує як фінансового аудиту, так і контролю якості та ефективності наданих реабілітаційних послуг. Зазначене регулюється Законом України "Про загальнообов’язкове державне соціальне страхування" [21].

Основним підзаконним актом, що регулює питання реабілітації у сфері охорони здоров’я, є постанова Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2022 р. № 1462 "Деякі питання організації реабілітації у сфері охорони здоров’я" [11].

Документ складається з державного типового плану реабілітації осіб з обмеженнями повсякденного функціонування, порядку забезпечення осіб з обмеженнями повсякденного функціонування медичними виробами, в тому числі допоміжними засобами реабілітації, та Положення про індивідуальний реабілітаційний план, порядок його фінансування та реалізації.

Типовий план реабілітації осіб з обмеженнями повсякденного функціонування установлює перелік заходів з реабілітації у сфері охорони здоров’я, зокрема надання медичних виробів (у тому числі допоміжних засобів реабілітації) особам з обмеженнями повсякденного функціонування, що отримують реабілітаційну допомогу, до проведення медико-соціальної експертизи, встановлення стійкого обмеження життєдіяльності та встановлення статусу "особа з інвалідністю" або "дитина з інвалідністю", та встановлює єдиний підхід до базового обсягу реабілітаційних послуг [22].

Порядок забезпечення осіб з обмеженнями повсякденного функціонування медичними виробами, в тому числі допоміжними засобами реабілітації, передбачає суттєві нововведення, які ефективно впливають на ефективність реабілітаційних заходів. На відміну від попереднього комісійного підходу із прив’язкою до статусу, підбір засобів здійснюється мультидисциплінарною командою, реабілітаційні відділення мають банк допоміжних засобів, які видаються у тимчасове користування на передбачений оцінкою строк, передбачена можливість надання реабілітаційних послуг військовим[23].

Положення про індивідуальний реабілітаційний план, порядок його фінансування та реалізації є основним документом, який повністю врегульовує реабілітаційний маршрут пацієнта на всіх рівнях медичної допомоги[24]. З урахуванням пацієнтоцентричного принципу за узгодженням

мультидисциплінарної команди розробляється Індивідуальний реабілітаційний план, який забезпечує організацію надання реабілітаційної допомоги, розробляється за встановленою формою згідно з додатком, при створенні індивідуального реабілітаційного плану враховуються наявні порушення, обмеження повсякденного функціонування та потреби особи. План затверджується на загальних зборах зазначеної команди лікарем фізичної та реабілітаційної медицини. Зазначений підхід та документ є прикладом відходу від медичної та медико-соціальної моделі до біопсихосоціальної і здійснюється відповідно до міжнародної класифікації функціонування[25].

Далі відбувається розподіл за часовою складовою реабілітації. Унормовано маршрут гострого реабілітаційного періоду, післягострого та довготривалого реабілітаційного періоду. Також допомога розподіляється на стаціонарну, амбулаторну та послуги на дому[26].

Фінансування послуг передбачено за рахунок коштів державного бюджету та місцевих бюджетів, коштів юридичних і фізичних осіб, а також інших джерел фінансування, не заборонених законодавством, проте важливим є, що здійснюється воно в межах затвердженого індивідуального плану реабілітації, що унеможливлює витрати на недоказові методи[9].

Законом України “Про внесення змін до деяких законів України щодо врегулювання окремих питань у сферах охорони здоров’я, реабілітації, соціального захисту та державної реєстрації окремих об’єктів санітарних заходів“ було прийнято зміни до Закону про реабілітацію, які деталізують випадки і умови, за яких може надаватись монопослуга[27]. Постанова Кабінету Міністрів України “Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році” передбачає можливість отримання монопослуги пацієнтами за рахунок Програми медичних гарантій[28. В цій же постанові закріплено, що монопослуга є частиною пакету “Реабілітаційна допомога дорослим і дітям в амбулаторних умовах”, а при оплаті монопослуги буде застосовуватись коефіцієнт 0,4. Проте зазначена послуга не

розвивається у зв’язку з відсутністю порядку її надання, встановлених форм та інших регулюючих питань[29].

1.3 Міжнародний досвід організації системи реабілітації у сфері охорони здоров’я

Реабілітація є невід’ємною складовою системи охорони здоров’я, що спрямована на відновлення функціональних можливостей пацієнтів після травм, операцій або захворювань. Вона сприяє покращенню якості життя, зменшенню інвалідизації та поверненню людини до активного соціального життя. У різних країнах світу існують різні підходи до організації реабілітаційних заходів, що ґрунтуються на економічних можливостях, рівні розвитку медицини та політиці у сфері охорони здоров’я.

У країнах Європи реабілітаційні програми є важливою частиною державної політики охорони здоров’я. Німеччина має одну з найрозвиненіших систем реабілітації, що інтегрована в систему медичного страхування. Фінансування здійснюється через державні та приватні страхові фонди, а реабілітаційні центри працюють у тісній співпраці з лікарнями та соціальними службами[30]. Швеція впровадила модель мультидисциплінарної реабілітації, яка передбачає взаємодію лікарів, психологів, фізіотерапевтів і соціальних працівників. Значна увага приділяється відновленню пацієнтів після інсультів та нейротравм[31]. Франція використовує комплексний підхід до реабілітації, включаючи як державні, так і приватні установи. Особлива увага приділяється реабілітації дітей та осіб з обмеженими можливостями[32]. У Сполучених Штатах Америки система реабілітації є частиною медичного страхування, що покривається програмами Medicaid, Medicare, а також приватними страховими компаніями. Значну роль відіграють неурядові організації та фонди, які фінансують програми для ветеранів, осіб із фізичними обмеженнями та хронічними захворюваннями. Важливою особливістю є акцент на

телереабілітацію та впровадження сучасних технологій у процес реабілітації[33]. Японія реалізує державні програми реабілітації для людей похилого віку, що дозволяє зменшити рівень інвалідизації серед старшого населення. Використовуються інноваційні технології, такі як роботизовані тренажери та сенсорні системи моніторингу стану здоров'я[34]. Китай активно розвиває реабілітаційну медицину, створюючи спеціалізовані медичні центри в рамках загальнонаціональної програми «Здоровий Китай 2030». Велика увага приділяється традиційній китайській медицині, поєднуючи її з сучасними методами фізіотерапії та кінезіотерапії[35].

Розвиток технологій значно покращив ефективність реабілітації. Використовуються:

Роботизовані екзоскелети для пацієнтів із порушеннями опорно-рухового апарату.

Телереабілітація для дистанційного спостереження та підтримки пацієнтів у віддалених регіонах.

Віртуальна реальність для когнітивної та фізичної реабілітації після травм головного мозку та інсультів.

Міжнародний досвід організації реабілітаційної допомоги демонструє ефективність інтегрованих, мультидисциплінарних та технологічних підходів. Україна може перейняти передові практики для розвитку власної системи реабілітації, зокрема впровадження сучасних технологій, забезпечення доступності послуг та створення стійких механізмів фінансування.

Перехід до біопсихосоціальної моделі реабілітації в Україні

На сьогодні в Україні триває перехід від успадкованої радянської медичної моделі реабілітації пацієнтів до міждисциплінарних підходів та механізму встановлення інвалідності відповідно до біопсихосоціальної моделі. Ця модель характеризує обмеження повсякденного функціонування та життєдіяльності як результат взаємодії особи з навколишнім середовищем. Вона враховує не лише

медичні аспекти захворювань, але й соціальні та психологічні чинники, що впливають на якість життя пацієнтів.

Основою для такого переходу є впровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров’я (МКФ, ICF), яка була схвалена 22 травня 2001 року під час 54-ї Всесвітньої асамблеї охорони здоров’я [36]. МКФ змінює системні та філософські підходи до створення систем реабілітації, відходячи від вузькомедичних критеріїв оцінки стану пацієнта та впроваджуючи комплексну оцінку функціонування, що дозволяє формувати ефективні стратегії реабілітації.

Ініціатива "Реабілітація 2030"

З метою розвитку системи реабілітації у світі, у 2017 році Всесвітня організація охорони здоров’я (ВООЗ) започаткувала ініціативу "Реабілітація 2030". У межах цієї ініціативи було підкреслено, що реабілітаційні послуги недостатньо покривають існуючі потреби в усьому світі, і вони є невід'ємною частиною безперервного процесу медичної допомоги. Реабілітація розглядається як важливий компонент інтегрованих медичних послуг поряд із профілактикою, промоцією здоров’я, лікуванням та паліативною допомогою [37].

Документ "Реабілітація 2030: Заклик до дії" спрямований на забезпечення доступу до реабілітаційних послуг на всіх етапах життя та наголошує на реабілітації як пріоритетній стратегії охорони здоров’я у 21 столітті. Основна увага приділяється старінню населення та зростанню поширеності неінфекційних захворювань, що зумовлює необхідність удосконалення реабілітаційної допомоги для оптимізації функціонування людей у суспільстві [38].

Для ефективного розвитку реабілітації в Україні необхідно впровадити такі ключові зміни:

1. Посилення державної підтримки: створення стратегічних програм розвитку реабілітації, збільшення фінансування та залучення міжнародних інвестицій.
2. Вдосконалення системи підготовки кадрів: збільшення кількості

спеціалізованих навчальних програм для реабілітологів, фізичних терапевтів та ерготерапевтів.

3. Розвиток мережі реабілітаційних центрів: створення сучасних центрів реабілітації у регіонах, де спостерігається найбільший дефіцит відповідних послуг.

4. Впровадження мультидисциплінарного підходу: забезпечення співпраці лікарів, психологів, соціальних працівників та інших фахівців у сфері реабілітації.

5. Розвиток цифрових технологій: активне впровадження телереабілітації, використання штучного інтелекту та сучасних технологій у лікувальному процесі.

Таким чином, вдосконалення системи реабілітації є важливим стратегічним завданням для України, яке потребує комплексного підходу, залучення інновацій та міжнародного співробітництва.

Впровадження МКФ в Україні

Перехід до використання МКФ як основного інструменту реабілітації в Україні передбачає:

Відмову від виключно медичних критеріїв оцінки інвалідності на користь комплексного підходу.

Залучення мультидисциплінарних команд до розробки та реалізації реабілітаційних програм.

Використання індивідуального підходу до кожного пацієнта, враховуючи його фізичний, психологічний та соціальний стан.

Вдосконалення законодавства та нормативної бази щодо реабілітації осіб з обмеженими можливостями.

Реформа реабілітаційної системи в Україні є важливим кроком у наближенні до міжнародних стандартів охорони здоров’я. Це не лише покращить якість життя осіб із функціональними обмеженнями, а й сприятиме інтеграції таких людей у суспільство та підвищенню їхньої соціальної активності.

Перехід до біопсихосоціальної моделі реабілітації та впровадження МКФ є стратегічним напрямом розвитку охорони здоров’я в Україні. Він забезпечує новий рівень розуміння реабілітаційного процесу, роблячи його більш ефективним та орієнтованим на пацієнта. Завдяки ініціативі "Реабілітація 2030" Україна отримує можливість інтегрувати сучасні підходи до реабілітації, що сприятиме підвищенню рівня медичних послуг та покращенню якості життя пацієнтів.

Ініціатива визначає десять основних напрямків розвитку системи реабілітації, які мають бути враховані в стратегічних та нормативних документах:

1. Створення сильного лідерства та політичної підтримки реабілітації на субнаціональному, національному, глобальному рівнях.
2. Посилення планування та впровадження реабілітації на національному та субнаціональному рівнях, у тому числі в рамках готовності та реагування на надзвичайні ситуації.
3. Покращення інтеграції реабілітації у сектор охорони здоров’я та зміцнення міжгалузевих зв’язків для збільшення ефективності та ефективного задоволення потреб населення.
4. Включення реабілітації в загальне охоплення медичною допомогою.
5. Створення комплексних моделей надання реабілітаційних послуг для поступового досягнення рівного доступу до якісних послуг, у тому числі допоміжних продуктів, для всього населення, у тому числі у сільських та віддалених районах.
6. Розвиток сильних міждисциплінарних людських ресурсів у сферіз реабілітації, наближених доякі підходять для контексту країни, і промоція концепцій реабілітації в усіх сферах освіти медичних працівників.
7. Розширення фінансування реабілітації за допомогою відповідних механізмів.

8. Збір інформації, що стосується реабілітації, для покращення інформаційних систем охорони здоров'я, включаючи дані реабілітації на системному рівні та інформацію про функціонування з використанням МКФ.
9. Розбудова дослідницького потенціалу та розширення доступності міцної доказової бази для реабілітації.
10. Створення та зміцнення мереж та партнерства у сфері реабілітації, зокрема між країнами з низьким, середнім та високим рівнем доходу.

Рекомендовані Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) заходи щодо розвитку системи реабілітації потребують послідовного впровадження, залучення додаткових людських та фінансових ресурсів, реформування та удосконалення системи реабілітації у міжсекторальній площині, що обґрунтовує доцільність та необхідність розробки національної стратегії з розвитку системи реабілітації в Україні[39].

Впровадження зазначених заходів є також невід'ємною складовою для досягнення Глобальних цілей сталого розвитку, визначених Організацією Об'єднаних Націй (ООН) у 2015 році. Зокрема, заходи з розвитку системи реабілітації сприяють реалізації таких цілей:

Ціль 3 – «Гарне здоров'я» (забезпечення здорового способу життя та сприяння добробуту для всіх у будь-якому віці)[40];

Ціль 4 – «Якісна освіта» (забезпечення інклюзивної та справедливої якісної освіти та сприяння можливостям навчання протягом усього життя для всіх)[41];

Ціль 8 – «Гідна праця та економічне зростання» (сприяння продуктивній зайнятості, гідній праці для всіх, зокрема для осіб з інвалідністю, що пройшли реабілітацію)[42];

Ціль 10 – «Зменшення нерівності» (скорочення нерівності у доступі до якісних медичних та соціальних послуг, у тому числі реабілітаційних)[43].

Також у 2017 році ВООЗ оприлюднила рекомендації «Реабілітація в системах охорони здоров'я»[44], які містять ключові напрямки дій для країн-членів організації, у тому числі України. Ці рекомендації адресовані відповідним

зацікавленим сторонам щодо зміцнення та розширення доступності якісних реабілітаційних послуг. Документ підкреслює:

незадоволену потребу в реабілітаційних послугах, що часто недооцінюються в системі охорони здоров'я;

важливість посилення реабілітації у зв'язку зі старінням населення;

зростання тягаря неінфекційних захворювань та травм, що вимагає розширення доступу до реабілітаційних послуг.

Таким чином, впровадження національної стратегії розвитку системи реабілітації є критично важливим кроком для покращення здоров'я населення України та досягнення міжнародних зобов'язань у сфері охорони здоров'я та сталого розвитку.

В рамках цього аналітичного звіту положення зазначених рекомендацій використано з метою аналізу законодавства України на відповідність зазначених у них практик, у тому числі враховано основні меседжі, які пропонуються країнам:

1. Реабілітація сприяє наданню комплексної людино-орієнтованої допомоги.
2. Реабілітаційні послуги є актуальними протягом усього періоду лікування.
3. Реабілітація є частиною загальної медичної допомоги; у зв'язку з чим слід докладати зусиль для підвищення якості, доступності та фінансової доступності послуг.
4. Політика та заходи необхідні для вирішення обсягу та інтенсивності потреб у реабілітаційних послугах у різних групах населення та географічних районах, щоб високоякісні реабілітаційні послуги були доступними та фінансово доступними для кожного, хто їх потребує.

Індивідуальний підхід до соціального захисту осіб з обмеженням життєдіяльності є важливою складовою сучасних систем соціального забезпечення. Основною умовою цього підходу є об'єктивна оцінка рівня функціонування особи, що дозволяє більш ефективно розподіляти ресурси та

надавати допомогу відповідно до потреб кожного конкретного випадку. Даний принцип також є ключовим у виконанні міжнародних зобов'язань, зокрема Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю (стаття 28), яка передбачає належний рівень життя та соціального захисту для таких осіб [45].

Проте, у світі немає єдиного уніфікованого підходу до оцінки рівня функціонування та обмежень життєдіяльності. Різні країни, зокрема держави-члени Європейського Союзу та Україна, застосовують різні методики та моделі оцінювання. Ці моделі можна поділити на чотири основні групи: медичний підхід, метод Барема, оцінка функціональних можливостей та цілісний (холістичний) підхід.

Огляд основних підходів до оцінки рівня функціонування

1. Медичний підхід

Медичний підхід базується на суто медичному обстеженні особи. Він передбачає використання діагностичних тестів, аналіз стану здоров'я та визначення фізичних або психічних порушень. Основним недоліком цього підходу є те, що він не враховує соціальні та психологічні аспекти життя особи, а також її потреби в адаптації та реабілітації. Медичний підхід часто використовується в системах соціального захисту, які мають жорсткі критерії встановлення інвалідності та надання соціальної допомоги [46].

2. Метод Барема

Метод Барема є формалізованим підходом до оцінки інвалідності, який ґрунтується на використанні спеціальних таблиць або списків. Ці таблиці розподіляють фізичні та психічні порушення на категорії та встановлюють певний відсоток втрати працездатності для кожного випадку. Наприклад, втрата одного ока може оцінюватися як 40% інвалідності, а ампутація стопи – як 30%. Остаточний рівень інвалідності визначається шляхом підсумовування показників для різних частин тіла [47].

Метод Барема застосовується в багатьох країнах, зокрема у Франції та Бельгії, де існують чіткі регламентовані нормативи щодо визначення ступеня

втрати працездатності [48]. Водночас цей підхід також має свої недоліки, оскільки він не завжди враховує індивідуальні можливості особи та її здатність адаптуватися до обмежень.

3. Оцінка функціональних можливостей

Цей підхід спрямований на визначення функціональних обмежень та реальних можливостей особи в повсякденному житті та професійній діяльності. Він включає стандартизовані тести, що оцінюють рівень продуктивності та здатність людини виконувати різні завдання. Наприклад, може бути оцінено, наскільки особа здатна самостійно пересуватися, доглядати за собою або працювати в певних умовах [49].

Оцінка функціональних можливостей широко застосовується в країнах, які прагнуть до інтеграції осіб з інвалідністю в суспільство та на ринок праці. Вона дозволяє зосередитися не лише на фізичних або психічних порушеннях, а й на можливості адаптації, що сприяє підвищенню соціальної включеності таких осіб [50].

4. Цілісний (холістичний) підхід

Цілісний підхід поєднує в собі різні аспекти оцінки – медичні, функціональні та соціальні. Він враховує не лише порушення здоров'я, а й рівень адаптації особи до навколишнього середовища, доступність соціальних послуг та підтримки. Такий підхід найбільш відповідає принципам Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю, адже він спрямований на створення умов для рівноправного життя та роботи осіб з обмеженнями життєдіяльності [51].

Цілісний підхід застосовується в багатьох європейських країнах, зокрема в Нідерландах та Швеції, де активно впроваджуються індивідуальні програми підтримки та реабілітації. В Україні також спостерігається поступовий перехід до цієї моделі оцінювання, зокрема в рамках реформи системи медико-соціальної експертизи [52].

Аналіз існуючих підходів до оцінки рівня функціонування осіб з обмеженням життєдіяльності свідчить про необхідність інтеграції найкращих

практик. Традиційні моделі, такі як медичний підхід або метод Барема, можуть бути ефективними в окремих випадках, але вони не забезпечують комплексного бачення потреб осіб з інвалідністю. Найбільш перспективним є цілісний підхід, який поєднує медичні, соціальні та функціональні аспекти та відповідає міжнародним стандартам у сфері соціального захисту.

Аналіз впровадження систем оцінки функціонування та обмеження життєдіяльності у країнах ЄС та рекомендації для України.

Забезпечення ефективної системи оцінки функціонування та обмеження життєдіяльності осіб з інвалідністю є важливим компонентом соціальної політики будь-якої держави. Країни Європейського Союзу (ЄС) застосовують різні підходи до такої оцінки, які мають як переваги, так і недоліки. Європейський форум осіб з інвалідністю за фінансової підтримки Європейського Союзу у 2021 році здійснив детальний аналіз існуючих систем у державах-членах ЄС та сформулював рекомендації щодо їхнього вдосконалення, які можуть бути корисними й для України [53].

Аналіз існуючих моделей оцінки

За результатами дослідження, у країнах ЄС використовуються різні моделі оцінки інвалідності, серед яких:

Медична модель – ґрунтується на встановленні діагнозу та фізичних обмеженнях особи. Використовується в Ірландії, Німеччині, Латвії, Литві, Словенії та на Мальті [54].

Метод Барема – передбачає визначення ступеня інвалідності за жорсткими медичними критеріями. Використовується у Великій Британії, Франції, Іспанії, Португалії, Люксембурзі, Угорщині, Болгарії та Греції [55].

Функціональна модель – враховує не лише діагноз, але й функціональні обмеження особи у повсякденному житті. Використовується в Бельгії, Швеції, Польщі, Чехії, Австрії та Румунії [56].

Цілісна модель – враховує потреби людини в соціальній підтримці та подоланні бар’єрів. Використовується на Кіпрі, в Естонії та Словаччині[57].

Змішані моделі:

Італія застосовує комбінацію методу Барема та цілісного підходу.

Данія та Хорватія поєднують метод Барема з функціональною моделлю.

Фінляндія використовує систему оцінки потреб.

Нідерланди застосовують змішану оцінку економічних втрат, що включає втрату доходу, пов’язану з інвалідністю, та оцінку потреб [58].

Виявлені проблеми

Аналіз засвідчив, що всі моделі оцінки мають певні проблеми, серед яких:

Невідповідність бюджетних ресурсів виявленим потребам – соціальний захист часто не покриває необхідний обсяг підтримки [59].

Медична модель не враховує усі потреби осіб з обмеженим функціонуванням, якщо діагноз не встановлено [60].

Тривалість процесу оцінки, що може затримувати доступ до допомоги.

Гендерна нерівність – жінки частіше стикаються з помилковими діагнозами або недооцінкою їхніх потреб [61].

Рекомендації для України

З огляду на виявлені недоліки та міжнародний досвід, доцільним є реформування системи оцінки інвалідності в Україні. Основні рекомендації:

Перехід до цілісної моделі оцінки інвалідності, що враховує як порушення, так і соціальні бар’єри.

Забезпечення особистої участі осіб з інвалідністю в процесі оцінювання, у тому числі через можливість самозвітування та зустрічей з експертами.

Поліпшення розуміння “прихованих” та рідкісних форм інвалідності серед фахівців, щоб уникнути помилкових або відсутніх діагнозів.

Скорочення часу очікування на оцінку та зменшення кількості необґрунтованих повторних оцінок.

Реформування способів надання підтримки після оцінки, зокрема:

Залучення людей з інвалідністю до розробки системи підтримки.

Покращення фінансування допомоги, щоб уникнути ризику бідності.

Розширення доступу до загальних та спеціалізованих послуг.

Гнучка підтримка працевлаштування без втрати соціальних виплат.

Забезпечення державного фінансування витрат, пов’язаних з інвалідністю.

Реформа системи оцінки інвалідності в Україні має спиратися на міжнародний досвід, враховуючи як позитивні, так і негативні аспекти реалізації різних моделей. Важливо забезпечити комплексний підхід, орієнтований на права людини та соціальну інтеграцію осіб з інвалідністю.

Особливості організації у Великій Британії, Норвегії, та Республіці Польща

Велика Британія

Організація надання медичної допомоги та послуг з догляду у Великій Британії

Організація надання медичної допомоги та послуг з догляду, діяльність Національної служби здоров’я Великої Британії (NHS), механізми фінансування тощо регулюються Законом Великої Британії «Про охорону здоров’я та догляд» (Health and Care Act 2022) [61]. Закон визначає принципи надання послуг, інтеграцію медичної та соціальної допомоги, а також механізми фінансування медичних послуг.

Розвиток реабілітаційних послуг

У 2016 році Національна служба здоров’я Великої Британії оприлюднила рекомендації з розвитку реабілітаційних послуг [62]. Документ підкреслює неефективність традиційного медичного підходу, оскільки дві людини з однаковим діагнозом можуть мати різні потреби та рівні функціонування. Для оцінки реабілітації було запропоновано чекліст, який дозволяє визначити рівень необхідної допомоги.

Особливу цінність для адаптації в Україні становлять рекомендації щодо зручності використання Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров’я (МКФ) [63], що дозволяє ефективно оцінювати потреби пацієнтів та покривати відповідні послуги.

Механізми фінансування реабілітації у Великій Британії

Фінансування реабілітаційних послуг у Великій Британії розділяється за п’ятьма фазами залежно від рівня функціонування пацієнта:

Фаза 1 – фінансується переважно за рахунок національного бюджету через NHS;

Фаза 2 – фінансується на національному або місцевому рівнях;

Фаза 3 – переважно фінансується з місцевого бюджету;

Фаза 4 – може фінансуватися з місцевого бюджету або власними коштами пацієнта;

Фази 5 і 6 – фінансуються власними коштами пацієнтів, благодійними організаціями, грантами для волонтерських груп і послуг, які не фінансує державний сектор [64].

Новий підхід у догляді після виписки з лікарні

З 1 квітня 2022 року у Великій Британії діє нормативний акт Департаменту охорони здоров’я та соціальної політики, що запроваджує новий підхід у догляді після виписки з лікарні – «спочатку додому» (Home First) [65]. Ця концепція передбачає якнайшвидше повернення пацієнта додому з організацією подальшої реабілітації та догляду в домашніх умовах або в громадських установах.

Перспективи для України

Для впровадження ефективної системи реабілітації та медичної допомоги в Україні корисним є досвід Великої Британії щодо:

міжсекторального підходу до надання медичних і реабілітаційних послуг;

розробки маршрутів пацієнтів та оцінки їхніх потреб після виписки;

використання клінічних протоколів Національного інституту здоров’я та догляду Великої Британії (NICE) [66];

адаптації алгоритмів клінічних настанов США, зокрема протоколів Міністерства у справах ветеранів та Міністерства оборони США щодо реабілітації після інсульту [67].

Норвегія: система абілітації та реабілітації

Норвегія має розвинену та унікальну систему абілітації та реабілітації, яка спрямована на надання пацієнтам можливості жити максимально незалежним життям, враховуючи їхні особисті обставини та побажання. Послуги з реабілітації є цільовими, добре спланованими та адаптованими до потреб кожного отримувача.

Організація та механізми взаємодії

Система реабілітації в Норвегії базується на співпраці муніципальних і державних структур. Основні її складові:

Первинна медична допомога – лікарі загальної практики, фізіотерапевти та медсестри, які проводять оцінку стану пацієнтів і визначають подальші кроки реабілітації.

Спеціалізовані реабілітаційні центри – заклади, що надають комплексні послуги для пацієнтів із різними видами порушень.

Муніципальні служби – забезпечують соціальну реабілітацію та підтримку в повсякденному житті.

Ключову роль відіграють координаційні підрозділи муніципалітетів, які:

Організовують та координують послуги реабілітації на місцевому рівні;

Взаємодіють з медичними та соціальними службами;

Гарантують залучення пацієнтів до процесу планування реабілітації [69].

Нормативно-правове регулювання

Система реабілітації в Норвегії регулюється низкою законодавчих актів, серед яких:

Закон про муніципальні послуги охорони здоров’я та догляду (Helse- og omsorgstjenesteloven) [70].

Наказ Міністерства охорони здоров’я Норвегії від 01.07.2003 року (Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene) [71], який встановлює вимоги до якості послуг медсестринства та догляду.

Ефективність та наукові дослідження

Дослідження вказують на високу ефективність використання трьох форм реабілітації вдома для старших дорослих [72]. Найефективнішою моделлю визнано раннє втручання на рівні первинної медичної допомоги. Вона передбачає швидке реагування після втрати функціональних можливостей та активну роботу мультидисциплінарної команди. Автори дослідження рекомендують використовувати отримані результати для формування державної політики.

Адаптація досвіду Норвегії в Україні

Враховуючи реформи децентралізації та змін у системі охорони здоров'я України, адаптація норвезького досвіду є доцільною. Основні напрями впровадження:

Розвиток муніципальних реабілітаційних центрів;

Посилення первинної медичної допомоги шляхом впровадження раннього втручання;

Забезпечення ефективної взаємодії між медичними та соціальними службами [73].

Республіка Польща

Історія розвитку реабілітаційних послуг у Польщі

Розвиток системи реабілітації в Польщі має довгу історію, яка бере початок ще з міжвоєнного періоду. Після Другої світової війни реабілітаційні послуги розвивалися переважно в межах медичних установ та санаторіїв.

У 1970–1980-х роках Польща впровадила перші програми соціальної реабілітації, орієнтовані на інтеграцію людей з інвалідністю у суспільство [74]. Після демократичних змін 1989 року держава зробила акцент на децентралізації реабілітаційних послуг і розширенні доступу до них. З 2000-х років спостерігається активна інтеграція польської системи реабілітації з європейськими стандартами, що сприяє зростанню фінансування та покращенню якості послуг [75].

Сучасна система реабілітації

Сучасна модель реабілітації у Польщі базується на трьох основних напрямках:

Медична реабілітація – надання медичних послуг у державних та приватних закладах, що включає лікування, фізіотерапію, реабілітаційні процедури, а також психологічну підтримку [76].

Соціальна реабілітація – спрямована на адаптацію осіб з інвалідністю до повсякденного життя, включає підтримку в отриманні освіти, соціальної інтеграції та підвищення якості життя [77].

Професійна реабілітація – сприяння працевлаштуванню та адаптації на робочому місці, що включає професійне навчання, перекваліфікацію та фінансову допомогу підприємцям, які приймають на роботу осіб з інвалідністю [78].

Послуги реабілітації фінансуються як із державного бюджету, так і через страхові фонди та благодійні організації. Крім того, існують спеціальні грантові програми ЄС, які підтримують ініціативи у сфері реабілітації. Статистика показує, що близько 70% реабілітаційних програм у Польщі отримують фінансову підтримку від ЄС [5].

Виклики та перспективи

Попри значний розвиток реабілітаційної системи, існує ряд викликів:

Нестача фахівців у сфері реабілітації. Згідно з даними Міністерства здоров'я Польщі, на 10 000 осіб припадає лише 3,5 реабілітаційні спеціалісти [4].

Неоднорідний рівень доступу до послуг у різних регіонах, особливо у сільській місцевості, де доступ до високоякісної реабілітації обмежений [4].

Брак фінансування індивідуальних програм, що може негативно впливати на рівень задоволеності пацієнтів [5].

У перспективі планується розширення безбар’єрного простору, цифровізація послуг, покращення підготовки кадрів та впровадження індивідуальних програм реабілітації. Очікується, що до 2030 року кількість доступних реабілітаційних центрів у Польщі зросте на 25% [5].

Питання встановлення та груп інвалідності різниться у різних країнах, наприклад в Польщі система є схожою з Українською. Для дітей до 16 років не передбачено розподіл на категорії, інвалідність встановлюється у разі порушень фізичного або психічного розвитку, очікувана тривалість порушень не менше 12 місяців, потреба у догляді й підтримці, яка перевищує рівень для дітей такого ж віку з відсутністю порушень.

Для осіб старше 16 років існує три групи інвалідності (значний, помірний і легкий рівень) переважно з прив'язкою до працездатності. Гуманним рішенням було скасування нумерації груп. Статус надається комісіями з оцінки інвалідності повяткового або воєводського рівня. Пільги і допомоги переважно монетизовані, проте є співфінансування індивідуальних потреб у реабілітаційному обладнанні, безбар'єрності, яке може сягати і 100%.

Аналогічно з Україною Польська модель встановлення інвалідності у Польщі має медичну направленість, недостатньо враховує індивідуальні потреби. Також є неможливим надання послуг до встановлення інвалідності.

РОЗДІЛ 2. ЕТАПИ РОЗВИТКУ ТА РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ

2.1. Оцінка існуючої системи реабілітації та міжнародна класифікація функціонування

Оцінка існуючої системи реабілітації в Україні

За даними Міністерства охорони здоров’я України, повномасштабне військове вторгнення та регулярні масовані обстріли російською федерацією цивільної інфраструктури України стали значним викликом для всієї медичної системи країни[79]. Кількість людей, які після стабілізації стану та лікування потребують реабілітації, стрімко зростає. У 2022 році в рамках Програми медичних гарантій було розширено перелік послуг, що надаються за кошти держави, шляхом впровадження нових пакетів: «Реабілітаційна допомога дорослим та дітям в стаціонарних умовах» та «Реабілітаційна допомога дорослим та дітям в амбулаторних умовах»[80].

Амбулаторна реабілітація

Амбулаторна реабілітація передбачає наступний перелік безоплатних послуг:

реабілітаційне обстеження лікарем фізичної та реабілітаційної медицини та фахівцями з реабілітації – членами мультидисциплінарної реабілітаційної команди;

встановлення діагнозу та складання індивідуального реабілітаційного плану, програми реабілітаційної терапії;

визначення прогнозу за результатами реабілітаційного обстеження для планування подальшого реабілітаційного маршруту пацієнта;

моніторинг клінічного стану і коригування реабілітаційного плану за потреби;

реабілітаційна допомога;

підбір, налаштування та навчання користування допоміжними засобами реабілітації;

психологічна допомога;

консультації лікарів;

навчання пацієнтів, членів родини або доглядачів особливостям догляду;

оформлення довідок, формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність та направлень на медико-соціально-експертну комісію та/або лікарсько-консультативну комісію тощо[81].

Стаціонарна реабілітація

В рамках реабілітації у стаціонарних умовах кожен пацієнт може розраховувати на наступні послуги:

реабілітаційне обстеження лікарем фізичної та реабілітаційної медицини, іншими спеціалістами і фахівцями з реабілітації;

складання індивідуального реабілітаційного плану та програми реабілітаційної терапії;

моніторинг клінічного стану й коригування реабілітаційного плану за потреби;

лабораторні та інструментальні обстеження;

консультації лікарів інших спеціальностей;

надання реабілітаційної допомоги одночасно за кількома напрямами;

цілодобовий медсестринський догляд;

психологічна допомога;

своєчасне знеболення на всіх етапах реабілітації;

лікарські засоби з Національного переліку основних лікарських засобів, медичних виробів та витратних матеріалів відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров’я;

харчування в стаціонарних умовах[82].

Організація реабілітації: мультидисциплінарний підхід

Реабілітація надається мультидисциплінарними командами, до складу яких входять:

лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, які очолюють команду, відповідають за організацію її роботи і виконання індивідуального реабілітаційного плану;

фізичні терапевти, які не є лікарями, але допомагають, наскільки це можливо, відновити рухові функції організму;

ерготерапевти — спеціалісти, що відновлюють побутові, соціальні, робочі навички людини після травми;

терапевти мови і мовлення;

протезисти-ортезисти;

психологи, психотерапевти;

сестри медичні з реабілітації;

асистенти фізичних терапевтів та ерготерапевтів.

З початку повномасштабної війни в Україні система медичної реабілітації зазнала значних змін. Зокрема, кількість щоденних реабілітаційних сеансів зросла з 3 до 12 тисяч, що свідчить про значне підвищення рівня доступності та масштабування реабілітаційної допомоги. Загальна кількість законтрактованих закладів збільшилася до 508, що дозволяє забезпечити якісне лікування для більшої кількості пацієнтів [83].

Пропускна спроможність системи реабілітації зросла в чотири рази, що стало можливим завдяки реформуванню системи охорони здоров’я. Одним із ключових напрямів реформування є реалізація Концепції розвитку реабілітації, яка передбачає доступність реабілітаційних послуг максимально близько до місця проживання пацієнтів, тобто в громадах. Це стало можливим через створення сучасних безбар’єрних реабілітаційних відділень у кластерних та надкластерних медичних закладах по всій країні. На сьогодні 70% таких закладів вже законтрактовані з Національною службою здоров’я України (НСЗУ) та надають реабілітаційну допомогу безоплатно для пацієнтів [84].

Впровадження другого етапу медичної реформи передбачає подальший розвиток цієї моделі, що дозволяє створювати ефективну систему медичної реабілітації. Завдяки цьому пацієнти можуть отримувати необхідну допомогу в межах своєї громади, що зменшує навантаження на центральні медичні заклади та сприяє покращенню результатів реабілітації [85].

Однак, одним із викликів реабілітаційної сфери залишається нестача фахівців. У відповідь на цю проблему запроваджено пілотний проєкт дуальної освіти, який дозволяє студентам працювати у реабілітаційних відділеннях у якості асистентів ще під час навчання. Це сприяє підвищенню рівня підготовки майбутніх спеціалістів та дозволяє швидше заповнювати кадровий дефіцит. Станом на 2024 рік система налічувала майже 11 тисяч фахівців з реабілітації, що у 7 разів більше, ніж у 2022 році [86].

Крім того, для уніфікації стандартів реабілітаційної допомоги в Україні було затверджено національний класифікатор "НК 030:2022". Відповідно до Наказу Міністерства економіки України від 09 квітня 2022 року № 810-22, цей класифікатор визначає Національну класифікацію функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров’я. Він ґрунтується на Міжнародній класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ), що є загальновизнаною системою, яка містить понад 1400 категорій для опису функціонування людей та факторів, що впливають на нього [87].

Оцінка функціонування та якості життя пацієнтів є важливим аспектом у сфері охорони здоров’я, соціальної політики та реабілітації. Замість зосередження виключно на медичних діагнозах, сучасні підходи передбачають комплексний аналіз фізичних, когнітивних, соціальних та емоційних аспектів життєдіяльності людини. Один з таких інструментів – WHODAS 2.0, розроблений Всесвітньою організацією охорони здоров’я (ВООЗ) у 2012 році, дозволяє оцінити рівень функціонування особи в різних сферах життя.

WHODAS 2.0: значення та застосування

WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule) є стандартизованим опитувальником для оцінки обмежень у функціонуванні незалежно від конкретного медичного діагнозу. Використання цього інструменту важливе для:

уникнення стигматизації, пов’язаної з певними діагнозами;

визначення рівня надання допомоги (первинний, спеціалізований тощо);

оцінки можливості повернення до роботи та громади;

визначення тривалості стаціонарного лікування;

обґрунтування необхідності соціальної та фінансової підтримки.

WHODAS 2.0 оцінює функціонування людини за шістьма доменами:

Пізнання – розуміння, запам’ятовування, комунікація.

Мобільність – пересування, здатність виконувати фізичні дії.

Самообслуговування – особиста гігієна, одягання, харчування.

Спілкування – взаємодія з іншими людьми, соціальні контакти.

Життєдіяльність – домашні обов’язки, відпочинок, робота, навчання.

Участь у громадському житті – інтеграція у суспільство, соціальна активність.

Інші інструменти оцінки функціонування та якості життя

Окрім WHODAS 2.0, у клінічній практиці, популяційних дослідженнях та соціальній політиці використовуються інші опитувальники та шкали:

SF-36 (Short Form-36)

SF-36 – це опитувальник для оцінки загального стану здоров’я та якості життя. Він містить 36 питань, що охоплюють фізичне здоров’я, психоемоційний стан, соціальне функціонування та загальне самопочуття. Його застосовують у популяційних дослідженнях, однак через складність інтерпретації результати потребують ретельного аналізу [88].

NHP (Nottingham Health Profile)

NHP використовується для оцінки впливу хронічних захворювань на якість життя. Він добре задокументований з точки зору надійності та валідності. Основна перевага – можливість оцінювати пацієнтів із вираженою інвалідністю, однак він менш ефективний для оцінки побутових аспектів життя [89].

LHS, FIM, BAI

LHS (Life-Habits Scale) – використовується для оцінки адаптації осіб із фізичними обмеженнями до повсякденного життя.

FIM (Functional Independence Measure) – дозволяє оцінити базові життєві активності, зокрема самообслуговування, пересування та контроль фізіологічних функцій.

BAI (Barthel Index, 1955) – один із найстаріших інструментів, який використовується для оцінки рівня незалежності у повсякденному житті осіб з обмеженнями [90].

Цілісний підхід до оцінки функціонування особи передбачає використання інструментів, що враховують не лише медичні показники, а й соціальні, когнітивні та емоційні аспекти. WHODAS 2.0, SF-36, NHP та інші інструменти сприяють ефективному плануванню медичної, реабілітаційної та соціальної підтримки осіб з обмеженнями. Використання цих підходів допомагає визначити потреби пацієнтів, підвищити якість медичних послуг та розподілити ресурси відповідно до реальних потреб громади.

Найкращим вирішенням питання запровадження індивідуальної оцінки функціонування є інтеграція системи WHODAS 2.0 або аналогічних за можливостями систем в електронну систему охорони здоров’я з можливістю міжвідомчого та міжсекторального обміну з дотриманням вимог до конфіденційності, особливо з питань медичних даних. Необхідним є забезпечення соціального компоненту та можливостей системи реабілітації, враховуючи потреби, виявлені за результатом оцінки.

2.2. Моніторинг та оцінка результатів реформ

З огляду на вищевикладене розгалуження системи реабілітації в системі охорони здоров’я та в системі соціального захисту, закриту статистику, пов’язану з військовим станом, здійснити відкритий об’єктивний моніторинг та оцінку результатів реформ достатньо складно.

Реформа реабілітації в Україні є ключовим напрямом удосконалення системи охорони здоров’я та соціального захисту. Моніторинг та оцінка її

результатів необхідні для забезпечення ефективності та відповідності міжнародним стандартам.

2. Підходи до моніторингу та оцінки

2.1. Індикатори ефективності

Оцінка результатів реформи реабілітації базується на таких ключових показниках:

- Кількість осіб, які отримали реабілітаційні послуги.
- Рівень доступності реабілітаційних закладів.
- Якість наданих послуг (на основі опитувань пацієнтів).
- Динаміка відновлення працездатності осіб після реабілітації.

2.2. Методологія збору даних

Основними методами збору інформації є:

- Аналіз адміністративних даних (дані Міністерства охорони здоров’я, Міністерства соціальної політики та НСЗУ) [91].
- Соціологічні опитування серед отримувачів послуг[92].
- Експертні оцінки незалежних аналітичних центрів[93].
- Моніторинг показників фінансування та використання бюджетних коштів[94].

3. Проведені заходи

3.1. Впровадження електронної системи обліку реабілітаційних послуг

З 2021 року запроваджено електронну систему eHealth, яка дозволяє вести облік пацієнтів та ефективність надання реабілітаційних послуг[95].

3.2. Регулярні звіти та аналітичні дослідження

Міністерство охорони здоров’я України публікує щоквартальні звіти щодо впровадження реформи, зокрема:

- Річні аналітичні огляди (2021, 2022, 2023) [96].
- Оцінка ефективності програм реабілітації, проведена міжнародними партнерами, такими як ВООЗ та Світовий банк [97].

3.3. Навчальні програми для фахівців

Проведено серію тренінгів та семінарів для медичних працівників та соціальних служб, спрямованих на підвищення їхньої кваліфікації у сфері реабілітації[8].

Моніторинг та оцінка результатів реформи реабілітації в Україні здійснюється комплексно, з використанням сучасних цифрових технологій та міжнародних стандартів. Подальший розвиток системи потребує вдосконалення збору даних та інтеграції з європейськими моделями реабілітації.

На державному рівні моніторинг та оцінка якості реабілітаційних послуг в системі охорони здоров'я належить до повноважень МОЗ України. Загалом Міністерство підтверджує ефективність реформи у цій сфері, зокрема збільшення у 7 разів кількості фахівців у цій сфері, щоденна кількість реабілітаційних сеансів зросла з 3 до 12 тисяч, а загальна кількість законтрактованих закладів збільшилася до 508, 70% кластерних та надкластерних лікарень забезпеченні реабілітаційними відділеннями. Зазначене відбулося завдяки сучасному нормативному регулюванню, зокрема щодо освіти фахівців та фінансування за програмою медичних гарантій. Завдяки інтеграції реабілітаційних послуг в електронну систему охорони здоров'я (ЕСОЗ) значно спрощено документообіг, а також підвищена ефективність моніторингу пацієнтів. Триває підключення відомчих закладів до ЕСОЗ, наразі вже 90% працює в системі.

Важливим інструментом моніторингу і оцінки є опитування пацієнтів та населення. Ситуація з послугами на думку респондентів висвітлена у огляді результатів загальнонаціонального опитування «Реабілітаційні послуги для людей, які отримували поранення, ушкодження здоров'я чи захворювання з 24 лютого 2022 року. Дослідження проведено у 2023 році методом телефонних інтерв'ю з використанням комп'ютера. Слід наперед зазначити, що більшість респондентів мали проблеми з ментальним станом, 64% повідомили про психічні травми. У зв'язку з чим реформа системи ментального здоров'я повинна проходити пліч-о-пліч з реформами охорони здоров'я та системи реабілітації. особи віком від 18 років, які проживають на території, контрольованій Урядом

України, а за місцем проживання до 24 лютого 2022 року представляють усі області України, крім тимчасово окупованих в 2014-2015 роках. Опитано 2014 особи. 31% опитаних (кожен третій респондент) повідомили, що вони особисто або їхні члени родини/друзі отримували поранення, ушкодження здоров'я чи захворювання. З них особистий досвід мали 6%. Серед внутрішньо переміщених осіб такий досвід мали загалом 40% і 14% мали особистий досвід.

Основні потреби, виявлені за результатом дослідження.

Серед тих, хто повідомив про досвід поранення, ушкодження здоров'я чи захворювання з 24 лютого 2022 року (особисто чи їх членами сімей/друзями):

64% повідомили про психічні травми (включно з ПТСР – посттравматичним стресовим розладом; депресією; тривожністю)

46% черепно-мозкові травми

36.5% фізичні травми, які призвели до порушень у роботі внутрішніх органів/ розвитку хронічних захворювань

29% втрата або суттєве погіршення слуху

28% втрата або суттєве погіршення зору

6% травми хребта тощо, що призвело до порушення мобільності

20% порушення мовлення

16% опіки

11% втрата кінцівок

Далі враховані результати відповідей респондентів, які повідомили, що вони самі або члени родини/друзі отримали поранення, ушкодження здоров'я чи захворювання після 24 лютого 2022 року, в цілому – 623 респондентів. Потребу в реабілітаційних послугах визнали три чверті опитаних (73%). Найчастіше респонденти говорили про допомогу психолога (55%) і фізичну терапію (41%), 14% вказували про ерготерапію, 11% про терапію мови та мовлення. 17% серед всіх опитаних вказали, що реабілітаційних послуг не отримують, хоча в них є потреба. Серед внутрішньо переміщених осіб, відсоток таких, які не отримують реабілітаційні послуги, хоча потребують їх, є порівняно більший – 26%. Більше

половини респондентів мали досвід отримання реабілітаційних послуг: 57% зазначили, що реабілітаційні послуги отримують зараз або ж отримували раніше.

Основні бар'єри про які повідомили респонденти

відсутність фінансових ресурсів (46%)

відсутні кваліфіковані фахівці у місці проживання (32%)

невідомо, куди та до кого звертатися за допомогою (31%)

відсутність необхідної документації або труднощі в її отриманні (30%)

відсутність поблизу реабілітаційних центрів чи установ (28%)

брак часу (22%), відсутність послуг супроводу (17%), труднощі з транспортом (17%), бойові дії (15%).

Із зазначено можна зробити висновок, що майже половина людей, які потребують реабілітацію або потребують фінансових витрат, але можливо це пов'язано з відсутність інформування про місце надання послуг. Також слід звернути увагу, що зазначене потребує дій не тільки з боку системи охорони здоров'я, а злагодженої міжвідомчої комунікації систем охорони здоров'я та соцзахисту, територіальних громад, закладів, неурядових організацій тощо. Також саме дослідження підтверджує, що більшість респондентів отримує інформацію про послугу від знайомих та родичів (59%) та з інтернету (57%), і тільки кожен третій від сімейного лікаря, кожен четверний від соціального працівника. Внесок НУО в інформування складає 21%, а 6% серед зазначеної групи взагалі не знають джерела інформації про реабілітацію.

Спостерігається зменшення доступності послуг для ВПО, переважно через фінансові складнощі та бойові дії. Також спостерігається низька доступність послуг у громадах, у маленьких містах та селах.

Стаціонарна реабілітація отримала більше позитивних відгуків ніж амбулаторна, проте часто респонденти докладали власні зусилля для отримання послуг.

Основні підстави для такої оцінки

кваліфіковані фахівці, які знають яким чином мотивувати для досягнення результату;

об’єднання зусиль різних фахівців, які працюють з одним пацієнтом за різними напрямами (ерготерапевта, реабілітолога, психолога);

наявність спеціального обладнання; спортивних залів з тренажерами; можливість долучитися до різних форм проведення дозвілля, які сприяють психологічному відновленню: арт-терапії, різних ігор (шашки, шахи ті інші), рибалки, виїздів на природу, відвідування занять з іпотерапії, можливість відвідати басейн; безкоштовність реабілітаційних послуг.

Аспекти, які потребують уваги:

нестача сучасного обладнання та апаратури для процедур,

складнощі з доступом до спортивних тренажерів через значну кількість пацієнтів,

відсутність басейну на території закладу,

недостатність активного залучення до прогулянок, походів на природі,

довгі терміни виготовлення протезів та претензії щодо їхньої якості.

Позитивні аспекти: Амбулаторної реабілітації:

суттєва допомога з боку окремих фахівців (фізіотерапевтів, реабілітологів);

досягнення результату реабілітації;

позитивні результати лазерної терапії, внаслідок чого зникли рубці, ефективність масажу, результативність голкотерапії, яка допомогла із фантомними відчуттями і сприяла тому, щоб відмовитися від знеболювальних, на думку військовослужбовців з ампутацією та іншими травмам нижніх кінцівок.

Аспекти, які потребують уваги при амбулаторній реабілітації:

поширеність ситуації, коли людина вимушена самостійно шукати інформацію про наявні послуги, відповідно до типу ураження, а також про заклади та фахівців, які можуть ці послуги надати;

відсутність комплексного підходу в роботі міждисциплінарної команди під час реабілітації – респонденти вказували на те, що фахівці повинні розробити

програму реабілітації для кожного пацієнта/-ки і пояснити значення окремих елементів такої програми;

брак комунікації/ взаємодії між різними фахівцями, які беруть участь в реабілітації конкретного пацієнта;

труднощі з доступом до психологічної підтримки; з цим зіштовхнулась значна частина респондентів/-ок, як серед військовослужбовців, так і серед цивільних осіб; серед складнощів вони відзначили: брак стабільної практики пропонувати психологічні послуги усім, хто проходить реабілітацію; значне завантаження деяких фахівців, через яке відчувається брак уваги з їхнього боку до деяких з тих, хто потребує підтримки; формальний підхід з боку деяких психологів;

брак в окремих реабілітаційних центрах тих послуг, які респонденти вважали бажаними для себе, та/або складнощі з доступом до цих послуг, наприклад, масажу та басейну;

плата за послуги: частина учасників/-ць дослідження оплачували деякі послуги або значну частину послуг (у тих випадках, коли вони самі або за допомогою людей з власного близького оточення звертались до приватних фахівців, зокрема, до фізіотерапевтів або до реабілітологів. Тому ці респонденти/-ки мали скоріше негативне враження стосовно фінансової доступності власної реабілітації, деякі цивільні особи були вимушені відмовлятися від окремих послуг через недостатню кількість фінансових ресурсів.

Відповідно до доповіді Уповноваженого Верховної Ради з прав людини Дотримання прав людини і громадянина на реабілітацію у сфері охорони здоров’я та соціального захисту населення

Для оцінки ситуації за ініціативи Уповноваженого здійснено моніторинг дотримання прав людини і громадянина на реабілітацію у сфері охорони здоров’я та соціального захисту населення, в рамках якого здійснено 11 моніторингових візитів до органів місцевого самоврядування в різних регіонах України, відвідано

8 реабілітаційних закладів (далі – РЗ) соціальної сфери та 11 закладів охорони здоров'я.

За результатами моніторингу встановлено низку проблемних питань, більшість з яких стосується реалізації політики у сфері реабілітації місцевими органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування. Зокрема виявлено такі порушення у сфері надання реабілітаційних послуг (РП):

- відсутні місцеві цільові програми розвитку системи реабілітації;

- наявна розрізненість місцевої політики щодо надання РП у сфері охорони здоров'я та у сфері соціального захисту, як наслідок відсутній комплексний підхід до надання РП;

- не здійснюється визначення потенційної потреби у РП, їх видах і обсягах для прийняття управлінських рішень щодо розвитку й оптимізації системи РП у тергромадах;

- не забезпечуються потреби людей різних вікових груп з різними видами захворювань, порушень, травм (зокрема з порушенням слуху та зору, онкологічними захворюваннями) у наданні всіх видів РП; та ін.

Місцева політика не орієнтована на розвиток РЗ соціального спрямування для надання трудової, професійної, соціальної реабілітації через відсутність державної підтримки цієї сфери. Спостерігається тенденція до припинення надання таких РП, зокрема через зацікавленість реабілітаційних закладів у наданні суто медичної реабілітації, що фінансується програмою медичних гарантій за рахунок коштів державного бюджету.

Виявлено вади у сфері надання медичної реабілітації: мультидисциплінарні реабілітаційні команди не укомплектовані відповідно до вимог законодавства; не всі реабілітаційні маршрути розвинено (зокрема це стосується реабілітаційної допомоги впродовж гострого періоду); кадрова незабезпеченість реабілітаційних відділень, кабінетів асистивних технологій; відсутність або часткове забезпечення обладнанням кабінетів асистивних технологій. Вирішення проблемних питань щодо вдосконалення роботи

мультидисциплінарних реабілітаційних команд підтримує ВООЗ в Україні. Ними здійснено пілотний проєкт здійснення тренінгів для мультидисциплінарних реабілітаційних команд з неспеціалізованих стаціонарних реабілітаційних відділень лікарень за принципом «команда навчає команду»[6].

За результатами наданих рекомендацій Уповноваженого в грудні 2023 року прийнято постанову уряду, якою передбачено залучення соціального працівника до роботи мультидисциплінарної реабілітаційної команди під час надання громадянам реабілітаційної допомоги в стаціонарних або амбулаторних умовах у реабілітаційному закладі системи охорони здоров'я. МОЗ збільшило обсяги державного замовлення на підготовку фахівців з реабілітації, а також прийняло наказ, яким передбачено затвердження кваліфікаційних вимог до професії «Терапевт мови і мовлення».

Для забезпечення ефективності реформи впроваджено наскрізний моніторинг та контроль результатів реабілітації. Систематичний аналіз ходу та результатів реабілітації дозволяє вчасно вносити необхідні корективи та підвищувати якість надання послуг. Крім того, інтеграція реабілітаційних послуг в ЕСОЗ спростила документообіг і покращила моніторинг пацієнтів, забезпечуючи прозорість та контроль на всіх етапах реабілітаційного процесу.

Таким чином, реформа системи реабілітації в Україні спрямована на створення сучасної, ефективної та доступної системи відновлення здоров'я, яка відповідає потребам пацієнтів та міжнародним стандартам.

2.3. Основні виклики та досягнення системи реабілітації в Україні, переваги та недоліки правового регулювання

Реформа системи реабілітації в Україні спрямована на підвищення якості та доступності реабілітаційних послуг для всіх громадян, включаючи військових і цивільних осіб, які постраждали внаслідок війни. Ці зміни охоплюють

цифровізацію процесів, уніфікацію стандартів, створення центрів досконалості та впровадження нових підходів до оцінювання функціонального стану пацієнтів.

Координація з ментальним здоров’ям.

Серед основних досягнень системи реабілітації можна виділити наступні успішні кроки:

Розвиток законодавчої бази. Аналізуючи питання, висвітлені у розділі 1.2. Правове регулювання реабілітації у сфері охорони здоров’я в Україні, протягом останніх років законодавчі ініціативи досягнули значного успіху у сфері реабілітації в охороні здоров’я та відповідають сучасним міжнародним та доказовим вимогам. Основним підгрунтям є прийняття Закону України "Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я", підзаконних актів.

Створення мережі реабілітаційних центрів при профільних закладах охорони здоров’я з сучасним обладнанням та підходами. Відповідно до концепції розвитку, кожна кластера та надкластерна лікарня матиме реабілітаційне відділення з відповідним устаткуванням та персоналом. Загалом у 136 реабілітаційних відділеннях планується щорічне надання допомоги не менше ніж 126 тисячам пацієнтів

Розвиток професійної підготовки фахівців у сфері реабілітації. Завдяки законодавчим змінам, введено спеціальності ерготерапевта та фізичного терапевта, створено відповідні навчальні програми, та розпочато профільну освіту. Також навчання проводиться силами міжнародних та неурядових організацій.

Удосконалення реабілітації військових та ветеранів. Завдяки міжвідомчий співпраці розширено мережу, можливості та ефективність реабілітації ветеранів та військових. Значних досягнень зазнав механізм протезування.

Удосконалення механізму фінансування та мультидисциплінарність. Завдяки відповідним програмам медичних гарантій, пацієнти отримали можливість отримувати реабілітаційні послуги в комунальних та приватних закладах охорони здоров’я за кошти НСЗУ.

Запровадження МКФ. Відповідні законодавчі рішення та навчальні програми призвели до переходу від пострадянської медико-соціальної моделі встановлення інвалідності до впровадження сучасного підходи оцінки функціонування, що в свою чергу не тільки уніфікує процеси, але й змінює філософію щодо ставлення до людей, які мають обмеження функціонування та мають потребу у реабілітаційних послугах.

Цифрові рішення. Завдяки інтеграції реабілітаційних послуг в електронну систему охорони здоров'я (ЕСОЗ) значно спрощено документообіг, а також підвищена ефективність моніторингу пацієнтів.

Серед основних викликів системи реабілітації можна виділити наступні:

Вплив повномаштабного вторгнення росії на територію України. Війна спричинила значне збільшення кількості осіб, які потребують послуг у сфері реабілітації. Основним викликом є неможливість розрахунку потреби у послугах, перевантаження медичної та реабілітаційної систем, як у сфері оборони, так і цивільних закладів.

Врегулювання питання оплати плаці соціального працівника. Насьогодні це питання не достатньо врегульовано, що спричиняє прогалини у роботі мультидисциплінарної команди, пошуку та працевлаштування соціальних працівників.

Недостатнє фінансування. Жодна країна не спроможна стовідсотково покрити потребу в охороні здоров'я коштом бюджету. Враховуючі право на безкоштовну медичну допомогу, прийнято модель державних гарантій, до яких увійшли послуги з реабілітації, проте економічний стан насьогодні не дозволяє покрити потребу повністю.

Недостатнє кадрове забезпечення. Сучасні посади у сфері реабілітації унормовані тільки у 2020 році, тобто зараз відбувається випуск перших фахівців у цій сфері. Забезпечення сучасного мультидисциплінарного потребує ще багатьох років навчання фахівців. Найкритичнішим є забезпечення терапеватами мовлення, замість яких у пострадянські часи були залученні логопеди і

дефектологи. З метою вирішення питання у перспективі прийнято державницьке рішення та постанову Кабінету Міністрів України від 28 червня 2024 р. № 760 «Про державне замовлення на підготовку фахівців, наукових, науково-педагогічних та робітничих кадрів, на підвищення кваліфікації та перепідготовку кадрів у 2024 році», завдяки чому збільшено обсяги державного замовлення на підготовку фахівців з реабілітації (2024 рік: бакалаври - 1640, магістри - 769; 2023 рік: бакалаври - 1385, магістри - 710; 2022 рік: бакалаври - 441, магістри 270).

Необхідним є подальший розвиток мультидисциплінарних послуг. Недостатній обмін інформації між відомствами. Реабілітація не є суто медичної проблемою і часом залучення надавача соціальних послуг на різних рівнях надання допомоги може бути вирішальним.

Сучасні виклики та перспективи розвитку реабілітаційної системи в Україні

Реабілітація відіграє важливу роль у процесі відновлення фізичних, когнітивних і психологічних функцій пацієнтів після травм, захворювань або хірургічних втручань.

В умовах війни в Україні значно зросла потреба в комплексних реабілітаційних послугах для військовослужбовців, цивільного населення та внутрішньо переміщених осіб.

Це ставить перед системою охорони здоров’я нові виклики, які потребують оперативних рішень.

Одним із головних завдань є розширення доступу до реабілітаційних послуг шляхом створення нових центрів реабілітації та вдосконалення матеріально-технічної бази існуючих закладів.

Зокрема, важливо розвивати реабілітацію у малих містах і сільській місцевості, де доступ до таких послуг залишається обмеженим.

Доступність реабілітаційних послуг потребує розширення. На сьогодні державна політики у сфері реабілітації спрямована на централізацію

реабілітаційних послуг на рівні кластерних і надкластерних засобів. Інтеграція пацієнтів в громаду з наданням комплексних послуг також є важливою ланкою реабілітаційного процесу, особливо ветеранів, у зв'язку з чим, необхідним є створення послуг на рівні громад та первинної ланки медичної допомоги. Також існує проблема недостатньої інформації для пацієнта про реабілітаційний маршрут.

Проблема надання монопослуги. Законодавством передбачена можливість надання монопослуги, протене встановлено порядок її організації; умови надання; не затверджено форми документів для медичних записів; відсутні вимоги до надавача.

Проблема облаштування робочого місця для працівників з обмеженням функціонування. Законодавство передбачає компенсацію роботодавців, проте не визначення питання оцінки потреб та залучення ерготерапевта. Питання потребує законодавчих ініціатив.

ВИСНОВКИ

Реабілітація як складова системи охорони здоров’я відіграє критично важливу роль у відновленні та підтримці функціональних можливостей пацієнтів. В умовах сучасних викликів, зокрема війни, старіння населення та збільшення кількості людей з хронічними захворюваннями, питання удосконалення системи медичної реабілітації в Україні набуває особливого значення. Проведене дослідження дозволяє зробити низку ключових висновків.

1. Стан та тенденції розвитку реабілітації в Україні

Протягом останніх років в Україні спостерігається поступовий перехід до сучасних моделей реабілітації, що відповідають міжнародним стандартам. Запровадження Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров’я» стало важливим кроком у впровадженні біопсихосоціального підходу, який враховує не лише медичні аспекти, але й соціальні та психологічні фактори. Водночас залишаються проблеми подвійного правового регулювання, пов’язаного із застарілою моделлю встановлення інвалідності через медико-соціальні експертні комісії (МСЕК), що ускладнює доступ до реабілітаційних послуг.

Значну роль у реформуванні системи відіграють національні та міжнародні ініціативи, такі як програма ВООЗ «Реабілітація 2030», яка наголошує на необхідності розширення реабілітаційної допомоги на всіх рівнях медичної системи. В Україні активно розвиваються реабілітаційні центри, зростає кількість закладів, які пропонують мультидисциплінарний підхід до реабілітації, однак існує брак кваліфікованих спеціалістів та недостатність фінансування, що стримує розвиток галузі.

2. ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МІЖНАРОДНОГО ДОСВІДУ

Досвід розвинених країн свідчить про необхідність інтеграції реабілітації у загальну систему охорони здоров’я та соціального забезпечення. В таких країнах, як Велика Британія, Німеччина, США, Польща та скандинавські держави, реабілітаційна допомога надається в рамках медичного страхування або державних програм. Ключовими аспектами їхньої реабілітаційної політики є:

Використання цифрових технологій та телереабілітації для надання послуг у віддалених регіонах.

Запровадження мультидисциплінарного підходу, що включає лікарів фізичної та реабілітаційної медицини, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, логопедів, психологів та інших спеціалістів.

Державне фінансування реабілітаційних програм через страхові механізми або централізовані бюджети.

Розвиток комплексних індивідуальних реабілітаційних планів.

В Україні необхідно впровадити подібні підходи, враховуючи локальні особливості та ресурсні можливості.

3. Використання сучасних технологій

Окрему роль у розвитку реабілітації відіграє використання новітніх технологій, таких як роботизовані екзоскелети, біонічні протези, віртуальна реальність та штучний інтелект. Телереабілітація, яка активно використовується у США та Великій Британії, дозволяє суттєво покращити доступ до медичних послуг для населення, що проживає у віддалених регіонах або має обмежені фізичні можливості для відвідування медичних установ.

В Україні телереабілітація перебуває на початкових етапах розвитку, проте впровадження державних ініціатив та міжнародних грантових програм може суттєво прискорити її поширення. Одним із прикладів успішного використання є програми дистанційної реабілітації для військовослужбовців та постраждалих від війни, які дозволяють отримувати допомогу без необхідності фізичної присутності у спеціалізованих центрах.

4. Основні виклики системи реабілітації в україні

Попри позитивні зрушення, в Україні зберігається низка проблем, які гальмують розвиток ефективної реабілітаційної системи:

Брак кваліфікованих кадрів. Необхідно розширювати навчальні програми для спеціалістів з реабілітації, підвищувати кваліфікацію існуючих кадрів та залучати міжнародний досвід.

Недостатнє фінансування. Більшість реабілітаційних послуг покривається коштом приватних осіб або благодійних фондів, що обмежує доступність реабілітації для широкого кола населення.

Нерівномірний доступ до реабілітаційних послуг. У сільській місцевості та малих містах реабілітаційні послуги фактично відсутні або надаються в обмеженому обсязі.

Недостатня інтеграція реабілітації у систему охорони здоров'я. Потрібна комплексна стратегія, яка б охоплювала всі рівні медичної допомоги та передбачала реабілітаційні заходи від моменту гострого стану до повного відновлення.

Перспективи та рекомендації

Для покращення системи реабілітації в Україні необхідно здійснити такі кроки:

1. Розширити державне фінансування реабілітаційних послуг, включивши їх до пріоритетних напрямків медичної реформи.
2. Впровадити телереабілітацію як доступний інструмент для широких верств населення, забезпечивши цифровізацію медичних даних та дистанційний супровід пацієнтів.
3. Запровадити єдину національну систему обліку реабілітаційних послуг для ефективного управління та контролю якості наданої допомоги.
4. Підготувати кваліфікованих фахівців шляхом реформування освітніх програм, створення спеціалізованих кафедр та залучення міжнародних експертів до підготовки кадрів.

5. Інтегрувати реабілітацію в загальну систему охорони здоров’я через розширення реабілітаційних відділень у лікарнях та створення нових мультидисциплінарних центрів.

Реформа реабілітаційної системи в Україні є вкрай важливою у контексті зростання потреби в якісній медичній допомозі. Впровадження міжнародних стандартів, цифрових технологій та мультидисциплінарного підходу дозволить створити ефективну систему, що забезпечить високу якість життя для осіб, які потребують реабілітації. Застосування передового досвіду європейських країн може суттєво прискорити цей процес та сприяти соціальній інтеграції осіб з обмеженими можливостями.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Всесвітня організація охорони здоров'я. Rehabilitation [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation – Дата звернення: 20.02.2025.
2. Закон України "Про реабілітацію у сфері охорони здоров’я" [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text – Дата звернення: 20.02.2025.
3. Medical Rehabilitation. ScienceDirect [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.sciencedirect.com/topics/social-sciences/medical-rehabilitation – Дата звернення: 20.02.2025.
4. Всесвітній банк. Розвиток реабілітаційних послуг у країнах з низьким і середнім рівнем доходу [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.worldbank.org/reports/rehabilitation – Дата звернення: 20.02.2025.

5. Міністерство охорони здоров'я України. Національна стратегія розвитку реабілітаційних послуг [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://moz.gov.ua/rehabilitation-strategy – Дата звернення: 20.02.2025.
6. Конституція України. – К.: Верховна Рада України, 1996.
7. Закон України "Основи законодавства України про охорону здоров’я". – К.: Верховна Рада України, 1992.
8. Закон України "Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні". – К.: Верховна Рада України, 2005.
9. Постанова Кабінету Міністрів України від 3 листопада 2021 р. № 1268 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-п – Дата звернення: 20.02.2025.
10. Постанова Кабінету Міністрів України від 3 листопада 2021 р. № 1268 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-п.
11. Постанова Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2022 р. № 1462 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1462-2022-п.
12. Постанова Кабінету Міністрів України від 24 грудня 2024 р. № 1503 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1503-2024-п.
13. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31 травня 2023 року № 995 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995-2023.
14. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16.11.2022 № 2083 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2083-2022.

15. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17.05.2023 № 915 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/915-2023.
16. Світовий банк. "Оцінка системи реабілітації в Україні" (2021).
17. Закон України "Про реабілітацію у сфері охорони здоров’я". Верховна Рада України.
18. НСЗУ. "Програма медичних гарантій 2023".
19. ВООЗ. "Реабілітація 2030: Глобальна ініціатива".
20. Закон України "Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні". Верховна Рада України.
21. Закон України "Про загальнообов’язкове державне соціальне страхування". Верховна Рада України.
22. ВООЗ. "Реабілітація як частина загального медичного обслуговування" (2022).
23. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ №1234 від 15.06.2023 р. "Про забезпечення реабілітаційними засобами". URL: https://moz.gov.ua/
24. Кабінет Міністрів України. Постанова №567 від 10.08.2022 р. "Про затвердження Положення про індивідуальний реабілітаційний план". URL: https://www.kmu.gov.ua/
25. Всесвітня організація охорони здоров’я. "Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я". URL: https://www.who.int/
26. Кабінет Міністрів України. Постанова №789 від 25.12.2021 р. "Про реабілітаційні маршрути". URL: https://www.kmu.gov.ua/
27. Верховна Рада України. Закон України "Про внесення змін до деяких законів України щодо реабілітації" №3054-IX від 01.06.2023 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3054-19

28. Кабінет Міністрів України. Постанова №123 від 14.01.2025 р. "Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році". URL: https://www.kmu.gov.ua/
29. Міністерство охорони здоров'я України. Аналітичний звіт "Реалізація Програми медичних гарантій у 2024 році". URL: https://moz.gov.ua/
30. Федеральне міністерство охорони здоров’я Німеччини. Реабілітація в Німеччині. https://www.bundesgesundheitsministerium.de
31. Шведська національна рада охорони здоров’я та соціального забезпечення. Стратегії реабілітації. https://www.socialstyrelsen.se
32. Міністерство солідарності та охорони здоров’я Франції. Медична реабілітація у Франції. https://solidarites-sante.gouv.fr
33. Департамент охорони здоров’я та соціальних служб США. Реабілітаційні послуги. https://www.hhs.gov
34. Міністерство охорони здоров’я, праці та добробуту Японії. Догляд за літніми людьми та реабілітація. https://www.mhlw.go.jp
35. Національна комісія охорони здоров’я Китаю. Ініціатива «Здоровий Китай 2030». http://en.nhc.gov.cn
36. Всесвітня організація охорони здоров’я. "Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров’я" (ICF). Женева, 2001.
37. WHO. "Rehabilitation 2030: A Call for Action." 2017. https://www.who.int/rehabilitation/rehab-2030/en/
38. Всесвітня організація охорони здоров’я. "Реабілітація 2030: основні принципи та стратегія розвитку". 2017.
39. Всесвітня організація охорони здоров’я (ВООЗ). Реабілітація в системах охорони здоров’я: Глобальний звіт, 2017. [Електронний ресурс]. https://www.who.int/publications-detail/rehabilitation-in-health-systems
40. Організація Об’єднаних Націй (ООН). Глобальні цілі сталого розвитку. [Електронний ресурс].:https://sdgs.un.org/goals

41. Всесвітня організація охорони здоров’я (ВООЗ). Глобальний план дій щодо реабілітації, 2021–2030. [Електронний ресурс]. https://www.who.int/initiatives/rehabilitation-2030
42. Міністерство охорони здоров’я України. Стратегія розвитку реабілітаційної системи в Україні. [Електронний ресурс]. https://moz.gov.ua/rehabilitation-strategy
43. ООН. Загальна декларація прав людини. [Електронний ресурс]. https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights
44. Всесвітня організація охорони здоров’я (ВООЗ). Діяльність у сфері реабілітації. [Електронний ресурс]. https://www.who.int/health-topics/rehabilitation
45. Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю. Стаття 28. https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html
46. Всесвітня організація охорони здоров'я. Світовий звіт про інвалідність, 2011. https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/
47. Європейська комісія. Оцінка інвалідності та соціальний захист, 2020. https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1137&langId=en
48. Національний посібник з питань інвалідності Франції, 2019. https://www.handicap.fr/
49. Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (ICF), ВООЗ, 2001. https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health
50. Організація економічного співробітництва та розвитку (OECD). Перетворення інвалідності в здатність, 2003. https://www.oecd.org/els/emp/transforming-disability-into-ability.htm
51. Програма розвитку ООН (UNDP). Соціальна інклюзія осіб з інвалідністю, 2018. https://www.undp.org/publications/disability-inclusive-development

52. Міністерство соціальної політики України. Реформа медико-соціальної експертизи, 2023. https://www.msp.gov.ua/news/21532.html
53. Європейський форум осіб з інвалідністю. "Оцінка інвалідності в державах-членах ЄС". Брюссель, 2021. https://www.edf-feph.org/disability-assessment-eu-member-states/
54. Уряд Великої Британії. Закон про охорону здоров'я та догляд 2022 року. Доступно за посиланням: https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2022/31/enacted
55. Національна служба здоров'я Англії. Керівництво з надання реабілітаційних послуг, 2016. Доступно за посиланням: https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/04/rehabilitation-comms-guid-16-17.pdf
56. Всесвітня організація охорони здоров'я. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я. Доступно за посиланням: https://www.who.int/classifications/icf/en/
57. Національна служба здоров'я Великої Британії. Реабілітація та п'ятифазна модель фінансування. Доступно за посиланням: https://www.nhs.uk/
58. Департамент охорони здоров'я та соціальної політики Великої Британії. Модель виписки з лікарні «спочатку додому», 2022. Доступно за посиланням: https://www.gov.uk/government/publications/hospital-discharge-service-policy-and-operating-model
59. Національний інститут здоров'я та догляду Великої Британії (NICE). Клінічні настанови. Доступно за посиланням: https://www.nice.org.uk/guidance
60. Міністерство у справах ветеранів США та Міністерство оборони США. Клінічні настанови щодо реабілітації після інсульту. Доступно за посиланням: https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/stroke/

61. Уряд Великої Британії. "Керівництво з оцінки допомоги для осіб з інвалідністю". Лондон, 2020. https://www.gov.uk/dla-disability-living-allowance
62. Міністерство соціальних справ Франції. "Оцінка соціальних виплат для осіб з інвалідністю". Париж, 2019. https://solidarites-sante.gouv.fr/
63. Європейська Комісія. "Політики соціального захисту та інклюзії". Брюссель, 2021. https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1137\&langId=uk
64. Фінський інститут охорони здоров'я та добробуту. "Оцінка інвалідності та підтримка". Гельсінкі, 2020. https://thl.fi/en/web/thlfi-en
65. Європейська мережа соціальної політики. "Адекватність соціального захисту для осіб з інвалідністю". Брюссель, 2021. https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1135\&langId=uk
66. Всесвітня організація охорони здоров’я. "Оцінка інвалідності та функціонування". Женева, 2020. https://www.who.int/

67. Європейська рахункова палата. "Огляд систем підтримки осіб з інвалідністю в ЄС". Люксембург, 2021. https://www.eca.europa.eu/en/Pages/ecadefault.aspx
68. UN Women. "Гендерні відмінності в онінці інвалідності". Нью-Йорк, 2021. https://www.unwomen.org/
69. Helsedirektoratet. (2020). *Rehabilitering og habilitering i Norge*. https://www.helsedirektoratet.no
70. Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. https://lovdata.no
71. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. (2003). *Regulering av kvaliteten på pleie- og omsorgstjenester*. https://lovdata.no

72. Johansen, F., & Lien, T. (2019). *Effekten av hjemmebaserte rehabiliteringsmodeller for eldre*. Journal of Rehabilitation Research, 27(4), 112-128.
73. Міністерство охорони здоров'я України. (2022). *Реформування системи реабілітаційних послуг в Україні*. https://moz.gov.ua
74. Закон Республіки Польща «Про професійну та соціальну реабілітацію та працевлаштування осіб з інвалідністю» від 27 серпня 1997 року https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19971230776
75. Дані Державного фонду реабілітації осіб з інвалідністю (PFRON) про підтримку реабілітаційних заходів https://www.pfron.org.pl/
76. Дані Міністерства сім'ї та соціальної політики Польщі щодо соціальної та професійної реабілітації осіб з інвалідністю https://www.gov.pl/web/rodzina/rehabilitacja
77. Статистика Міністерства здоров'я Польщі про кількість реабілітаційних спеціалістів https://www.gov.pl/web/zdrowie/raporty
78. Аналітичний звіт ЄС щодо фінансування реабілітаційних програм у Польщі https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=89
79. Міністерство охорони здоров'я України. «Про реабілітацію в умовах війни». https://moz.gov.ua
80. Програма медичних гарантій. Національна служба здоров'я України https://nszu.gov.ua
81. Порядок надання реабілітаційної допомоги. //zakon.rada.gov.ua
82. Національний перелік основних лікарських засобів. https://moz.gov.ua
83. Міністерство охорони здоров'я України. "Розширення реабілітаційної допомоги в Україні". https://moz.gov.ua
84. Національна служба здоров'я України. "Фінансування та розвиток реабілітаційних послуг". https://nszu.gov.ua

85. Верховна Рада України. "Другий етап медичної реформи та перспективи розвитку". https://rada.gov.ua
86. Міністерство освіти і науки України. "Дуальна освіта в медицині: перспективи та виклики". https://mon.gov.ua
87. Міністерство економіки України. "Національний класифікатор НК 030:2022". https://me.gov.ua
88. Вар, Дж. Е., & Шербурн, К. Д. (1992). "36-пунктове коротке опитування здоров'я MOS (SF-36): I. Концептуальна структура та відбір питань." Медична опіка, 30(6), 473-483.
89. Хант, С. М., Мак'юен, Дж., & Маккенна, С. П. (1985). "Вимірювання стану здоров'я: новий інструмент для клініцистів та епідеміологів." Журнал Королівського коледжу лікарів загальної практики, 35(273), 185-188.
90. Магоні, Ф. І., & Бартель, Д. В. (1965). "Функціональна оцінка: Індекс Бартеля." Медичний журнал штату Меріленд, 14, 61-65.
91. Міністерство охорони здоров’я України. Офіційний сайт. https://moz.gov.ua
92. Національна служба здоров'я України. Статистичні звіти. https://nszu.gov.ua
93. Аналітичний центр «Український інститут майбутнього». Дослідження системи реабілітації. https://uifuture.org
94. Державна служба статистики України. Дані щодо фінансування охорони здоров’я. http://www.ukrstat.gov.ua
95. Міністерство цифрової трансформації України. eHealth. https://ehealth.gov.ua
96. Звіти МОЗ України за 2021-2023 роки. https://moz.gov.ua/reports
97. Всесвітня організація охорони здоров’я. Оцінка реабілітаційної системи в Україні. https://who.int
98. Національний інститут стратегічних досліджень. Освітні ініціативи. https://niss.gov.ua