

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ЕКОНОМІКИ І МЕНЕДЖМЕНТУ**

Кафедра публічного управління та адміністрування

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

освітній ступінь - «Магістр»

на тему: **Удосконалення державного управління системою
медичної реабілітації**

Виконала:

студент спеціальності
281 «Публічне управління та адміністрування»
ОП «Публічне управління та адміністрування»

Жук Наталія Миколаївна

Керівник:

Славкова Олена Павлівна

д.е.н., професор

кафедри публічного управління та адміністрування

Рецензент:

Городова Ірина Олександрівна

КНП СОР «Обласний клінічний перинатальний центр»

Суми - 2024

СУМСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет	Економіки і менеджменту
Кафедра	Публічного управління та адміністрування
Освітній ступінь	«Магістр»
Спеціальність	281 «Публічне управління та адміністрування» ОП «Публічне управління та адміністрування»

Затверджую:

Завідувач кафедри

к.е.н., доцент

А.М.Бричко

202

р.

«_____» _____

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТУ**Жук Наталія Миколаївна****1. Тема роботи:** Удосконалення державного управління системою медичної реабілітації**2. База практичного дослідження:**

Управління охорони здоров'я Сумської ОДА м. Суми

керівник роботи Славкова Олена Павлівна д.е.н., професор

затверджена наказом по університету від

« »

202 р. №

3. Строк подання студентом закінченого проекту (роботи)

« »

2024 р.

4. Вихідні дані до проекту (роботи):нормативно-законодавчі акти України, навчально-методичні посібники, монографії, підручники за тематикою дослідження, наукові публікації, статистична інформація за 2021-2023 роки**5. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити):**

- розглянути теоретичні основи державної політики в сфері державного управління системою медичної реабілітації;
- розглянути загальну характеристику державної політики в сфері удосконалення державного управління системою медичної реабілітації та її нормативного забезпечення;
- провести аналіз системи медичної реабілітації;
- провести аналіз системи санаторно-курортного забезпечення в Україні;
- проаналізувати закордонний досвід державного управління системою медичної реабілітації;
- накреслити шляхи удосконалення державного управління системою медичної реабілітації;
- накреслити стратегія розвитку системи медичної реабілітації в умовах воєнного стану.

6. Дата видачі завдання:

«__» _____ 202__р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів проекту	Примітка
1	Визначення об'єкту, предмету дослідження, формулювання мети та задач кваліфікаційної роботи, складання плану	Листопад-грудень 2023	виконано
2	Підбір та вивчення літературних джерел, законодавчої та нормативної бази	Січень 2024	виконано
3	Узагальнення теоретичного матеріалу з обраної теми дослідження та представлення чорнового варіанту першого розділу кваліфікаційної роботи	Лютий-квітень 2024	виконано
4	Збір та обробка фактичного матеріалу, узагальнення аналізу застосування досліджуваного питання на підприємстві (переддипломна практика)	02-31 травня 2024	виконано
5	Оформлення теоретичної частини кваліфікаційної роботи, узагальнення аналітичної частини, захист звіту по переддипломній практиці	Червень 2024	виконано
6	Проектування напрямів вдосконалення досліджуваної проблеми	Липень-Серпень 2024	виконано
7	Завершення проектної частини кваліфікаційної роботи та подання попереднього варіанту третього розділу керівнику	Вересень 2023/4	виконано
8	Оновлення даних за 2019-2022 роки та доопрацювання аналітичного і проектного розділів кваліфікаційної роботи	Жовтень-листопад 2024	виконано
9	Оформлення кваліфікаційної роботи, та її подання на попередній захист та рецензування	Листопад 2024	виконано
10	Перевірка кваліфікаційної роботи на автентичність (подання роботи для перевірки на плагіат на кафедрі, до відділу якості освіти)	28 листопада 2024	виконано
11	Подання закінченої роботи та документів до неї до деканату	09 грудня 2024	виконано
12	Захист кваліфікаційної роботи	12 грудня 2024	виконано

Студент

(підпис)

Наталія ЖУК

Керівник роботи

(підпис)

Олена СЛАВКОВА

Перевірку на автентичність проведено

(підпис)

Надія БАРАНИК

Дипломна робота допущена до захисту

Світлана ЛУКАШ

АНОТАЦІЯ

Жук Н.М. Удосконалення державного управління системою медичної реабілітації

Кваліфікаційна робота зі спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування» СНАУ, Суми-2024 р. Рукопис.

В кваліфікаційній роботі розглянуто теоретичні засади державного управління системи медичної реабілітації. Проаналізовано сучасний стан медичної реабілітації та санаторно-курортного лікування в системі охорони здоров'я України, а саме: нормативно-правове забезпечення діяльності медичної реабілітації та санаторно-курортного лікування в системі охорони здоров'я України, аналіз фінансування системи охорони здоров'я України; досліджено стан реабілітації військових під час проходження лікування; стан та розвиток підприємств санаторно-курортної сфери. Досліджено сучасний стан державного управління у сфері медичної реабілітації. Зазначено, що поява нових чинників негативно вплинула на ефективність державного управління у цій сфері внаслідок процесу трансформації національної системи охорони здоров'я. На основі здійсненого аналізу термінів «державне управління у сфері охорони здоров'я», «медична реабілітація», «реабілітація». Під поняттям медична реабілітація розуміється комплексний вплив держави (шляхом застосування політичних, економічних, соціальних, організаційних і правових засобів, практичних заходів, важелів, стимулів) на суб'єкти національної системи охорони здоров'я, котрі здійснюють свою діяльність щодо забезпечення якнайповнішого відновлення (або максимальної компенсації) втрачених внаслідок дії набутих чинників функцій, здібностей і здатностей індивідуума. Визначені основні проблеми та напрями покращання механізмів державної політики у сфері медичної реабілітації як підсистеми національної системи охорони здоров'я. До них належить такі проблеми: недосконалість та нерегульованість законодавчої та нормативної бази; уніфікація стандартів надання реабілітаційної допомоги, незалежно від підпорядкування закладу, де вона надається; кадрове забезпечення процесу реабілітації, яке не досягає світових та європейських стандартів; створення власних мультидисциплінарних реабілітаційних команд (лікар фізичної та реабілітаційної медицини, фізичний терапевт, ерготерапевт, логотерапевт, соціальний працівник, психолог, протезист-ортезист, реабілітаційна медична сестра).

Ключові слова: державне управління, медична реабілітація, охорона здоров'я, санаторно-курортне лікування, медична реформа.

SUMMARY

Zhuk N.M. Improving public administration of the medical rehabilitation system

Qualification work in the specialty 281 "Public administration and administration" SNAU, Sumy-2024 Manuscript.

The qualification work considers the theoretical principles of public administration of the medical rehabilitation system. The current state of medical rehabilitation and sanatorium-resort treatment in the healthcare system of Ukraine is analyzed, namely: regulatory and legal support for the activities of medical rehabilitation and sanatorium-resort treatment in the healthcare system of Ukraine, analysis of financing of the healthcare system of Ukraine; the state of rehabilitation of military personnel during treatment is investigated; the state and development of sanatorium-resort enterprises. The current state of public administration in the field of medical rehabilitation is investigated. It is noted that the emergence of new factors has negatively affected the effectiveness of public administration in this area as a result of the process of transformation of the national healthcare system. Based on the analysis of the terms "public administration in the field of health care", "medical rehabilitation", "rehabilitation". The concept of medical rehabilitation is understood as the comprehensive influence of the state (through the use of political, economic, social, organizational and legal means, practical measures, levers, incentives) on the subjects of the national health care system, which carry out their activities to ensure the most complete restoration (or maximum compensation) of the functions, abilities and capabilities of the individual lost as a result of the action of acquired factors. The main problems and areas for improving the mechanisms of state policy in the field of medical rehabilitation as a subsystem of the national health care system are identified. These include the following problems: imperfection and lack of regulation of the legislative and regulatory framework; unification of standards for the provision of rehabilitation care, regardless of the subordination of the institution where it is provided; staffing of the rehabilitation process, which does not reach world and European standards; creation of own multidisciplinary rehabilitation teams (physician of physical and rehabilitation medicine, physical therapist, occupational therapist, speech therapist, social worker, psychologist, prosthetist-artist, rehabilitation nurse).

Keywords: public administration, medical rehabilitation, health care, sanatorium and resort treatment, medical reform.

ВСТУП

Актуальність дослідження зумовлена зростанням ролі медичної реабілітації в житті людини. Медична допомога, яка надається з використанням природних лікувальних факторів з профілактичною, лікувальною або реабілітаційною метою, є важливим елементом системи соціальної політики і відіграє важливу роль в умовах перебування хворого на курорті чи в лікувально-оздоровчому закладі. Відіграє значну роль у розбудові та підтримці національного здоров'я. Щороку національні економіки втрачають сотні мільйонів невикористаних робочих годин через тимчасову непрацездатність. Така ситуація потребує коригування управління цією сферою на державному, регіональному та місцевому рівнях. Тому актуальною проблемою нашої держави є розробка ефективного механізму вдосконалення державного управління системою медичної реабілітації.

Незважаючи на позитивні зміни в процесі реформування органів державного управління та місцевого самоврядування, охорони здоров'я, соціального захисту, освіти і науки, а також інших підсистем і галузей в Україні, система соціальної реабілітації та охорони здоров'я залишається фрагментарною і вона не забезпечена достатніми ресурсами та умовами для організаційної роботи. Це призводить до того, що в Україні триває процес створення реабілітаційної інфраструктури, яка сприяє усуненню обмежень у життєдіяльності людей з інвалідністю або найбільш повній їх компенсації, дуже повільно, відстає від потреб і не відповідає сьогоdnішнім потребам.

З початком повномасштабної війни в Україні кількість людей, які потребують різних форм і видів реабілітації, зросла в рази. Тому є нагальна потреба у впровадженні сучасних підходів, застосуванні новітніх технологій в оздоровчій та соціальній реабілітації населення, системному підході до управління змінами у сфері охорони здоров'я, стратегічного планування, розвитку в цілому та окремих компонентів. Тому питання вдосконалення державного управління медико-соціальною реабілітацією населення стає

дуже актуальним, що спонукає автора підготувати відповідне дослідження.

У сучасних умовах над цією проблемою плідно працюють Безверхнюк Т.М. [1], Богданов С.Г. [3], Крупа В. В. [11], Мельниченко О.А. [13], Остролицька Л.І. [17], Шевчук В.І., [25], Яремчук О. [27] та інші вчені.

Мета та завдання дослідження: на основі дослідження діючих в Україні механізмів і підходів до організації публічного управління медичною реабілітацією населення обґрунтувати основні напрями його вдосконалення.

Для досягнення поставленої мети необхідно виконати такі **завдання**:

- з'ясувати сутність державного управління медичною реабілітацією і визначити його інституціональне та інституційне забезпечення;
- дослідити організаційний механізм державного управління медичної реабілітації населення;
- оцінити результативність державного управління медичною реабілітацією населення в Україні;
- виокремити для подальшої адаптації до вітчизняних умов передовий світовий досвід щодо забезпеченням населення медичною реабілітацією;
- запропонувати комплекс заходів щодо розвитку державного управління медичною реабілітацією населення.

Об'єктом дослідження є медична реабілітація населення.

Предметом дослідження є державне управління медичною реабілітацією населення.

Наукова новизна проведеного дослідження полягає в наступному:

- вивчені основні проблеми надання медичної реабілітації в умовах воєнного вторгнення;
- запропоновано концептуальні основи формування державної політики медичної реабілітації.

Методи дослідження: абстрактно-логічний було використано для теоретичних узагальнень і формування висновків; аналізу та синтезу для

оцінки параметрів розвитку медико-соціальної реабілітації; статистичних порівнянь з метою дослідження результативності публічного управління медико-соціальною реабілітацією населення.

Практичне значення результатів проведеного дослідження полягає в поглибленні існуючих уявлень щодо організаційного механізму державного управління медичною реабілітацією населення, підтримці концептуального підходу, спрямованого на вдосконалення державного управління медичною реабілітацією шляхом адаптації зарубіжного досвіду та підвищення якості стратегічне планування медичної реабілітації населення, моніторинг якості та ефективності послуг, що надаються, та діяльності установ, що їх надають.

1. Жук Н. Напрями державної політики щодо забезпечення надання послуг з медичної реабілітації. *Collection of Scientific Papers with the Proceedings of the 1st International Scientific and Practical Conference «New Horizons in Scientific Research: Challenges and Solutions» (October 21-23, 2024. Marseille, France). European Open Science Space*, 2024. С.95-96.
2. Жук Н.М. Зарубіжний досвід у сфері публічного управління медичною реабілітацією. *Сучасні аспекти та перспективні напрямки розвитку науки: матеріали VI Міжнародної студентської наукової конференції, м. Харків, 19 січня, 2024 рік / ГО «Молодіжна наукова ліга». Вінниця: ТОВ «УКРЛОГОС Груп», 2024. С. 66-67.*

Структура та обсяг роботи. Кваліфікаційна робота містить вступу, три розділи основної частини та висновки до них, висновки та пропозицій, список використаних джерел. Основний текст роботи викладено на 60 сторінках. Список використаних джерел включає 32 найменування.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Всесвітня організація охорони здоров'я дає таке визначення реабілітації: «Реабілітація - це комплекс заходів, спрямованих на забезпечення адаптації осіб, уражених захворюваннями, травмами та вродженими аномаліями, до нових умов життя в суспільстві, в якому вони проживають». Ми вважаємо, що це вичерпне визначення цього поняття, але варто зазначити, що існує кілька видів реабілітації: медична, фізична, професійна, трудова, фізкультурно-спортивна, психологічна, соціальна та психолого-педагогічна, кожна з яких має свої особливості та функціональне призначення (рисунок 1.1).

Медична реабілітація є окремою медичною галуззю в країнах Європейського Союзу, яка спрямована на підтримку фізичного та когнітивного функціонування, діяльності, участі, а також модифікацію особистості та навколишніх факторів середовища. Фахівці з медичної реабілітації дотримуються цілісного підходу при роботі з людьми які хворіють на гострі та хронічні захворюваннями, такі як рухові та неврологічні проблеми, ампутації, дисфункція тазових органів, серцево-дихальна недостатність, хронічний біль або рак.

Лікарі-реабілітологи працюють у різних закладах та відділеннях невідкладної допомоги, стаціонарної форми лікування, державних та приватних лікувальних установ. Для реабілітації використовуються спеціальні діагностичні засоби, а також такі засоби, як фармакологічні, фізичні, технічні, освітні та професійні втручання. Варто зазначити, що українській медицині терміново потрібні спеціалісти з медичної реабілітації. Завдяки впровадженню медичної реабілітації в систему охорони здоров'я медична наука США та Європи набагато ефективніша за українську [8, 9].



Рисунок 1.1 - Класифікація реабілітації в Україні

Джерело: сформовано автором на основі [9]

Ці країни витрачають менше на охорону здоров'я, тому що якщо Європа та США інвестують хоча б 1 долар у реабілітацію вони можуть заощадити до 20 доларів за рахунок вартості системи охорони здоров'я. Це можна пояснити тим, що на Заході пацієнт після операції 7-14 днів не лежить у палаті, не витрачається на їжу, як в Україні, а відправляють до реабілітаційне відділення, де пацієнт працює лише 2-3 години на день з лікарем-реабілітологом [2].

Реформа реабілітаційної системи країн Балтії була підтримана самою державою і у це вкладено чималі кошти. У Латвії відбулася загальна реформа, реабілітаційна медицина наблизилася до європейської. Сьогодні в Латвії діють дві системи: санаторно-курортна і багатoproфільна. В усіх санаторіях створені багатoproфільні бригади для ефективного надання послуг медичної

реабілітації, але в них залишаються лікарі старої системи. Держава виділяє кошти на впровадження нових методів медичної реабілітації, але якщо пацієнт хоче використовувати старі методи, це не забороняється, але він окремо оплачує ці послуги.

В країнах Балтії, реформування яких почалося двадцять років тому. Сьогодні медична реабілітація працює за європейським зразком і має форму мультидисциплінарної моделі. Зауважимо, що країни Балтії стартували майже в тих же умовах, що зараз Україна. Основою реконструкції старої системи реабілітації стало створення реабілітаційних центрів європейського типу. Основною причиною переходу на новітню форму медичної реабілітації в Латвії стала гостра потреба в цій реабілітації у дітей з церебральним паралічем. Їх лікували, але не вилікували через відсутність висококваліфікованих спеціалістів реабілітологів [2, 8].

Щоб знизити смертність населення, покращити демографічну ситуацію, якісно та швидко повернути пацієнтів до нормального життя, необхідно привести вітчизняну реабілітаційну медицину до європейської моделі та запозичити досвід США та Європа. Ми вважаємо, що необхідний розвиток університетської медичної освіти. Також для реалізації медичної реабілітації та ефективного її функціонування в Україні, потрібно розробляти державні програми та використовувати передовий досвід зарубіжних країн та імплементувати його в Україні.

Державне управління системою оздоровчої реабілітації є частиною державної політики охорони здоров'я. Реалізація процесу реформування системи охорони здоров'я країни ставить перед професійною спільнотою медичних працівників, науковців та державних службовців виклики, які донедавна було важко передбачити. Високий ступінь незадоволення населення України станом національної системи охорони здоров'я, якістю медичного обслуговування та медичних послуг, доступністю ліків, повне виключення мотиваційної складової з одного боку а з іншого боку оплата праці медичних працівників яка вимагає негайних змін у цій сфері з боку країни. Процес, який

започаткував реформування всіх ланок системи охорони здоров'я, призвів до додаткових негативних факторів, які вплинули на систему в цілому, в тому числі на підсистему медичної реабілітації. Такі фактори, як: глобальне старіння населення, що означає, що значна його частина населення житиме зі зниженою фізичною функціональністю; збільшення питомої ваги у людей з хронічними захворюваннями; поява людей із захворюванням у стадії ремісії чи одужання, яке раніше було невиліковним, свідчить про те, що національна система охорони здоров'я має бути адаптована до зростаючих потреб суспільства у реабілітаційній медицині [3].

Важливу роль в розумінні необхідності розвитку реабілітаційної медицини відіграють економічні фактори. Фінансові витрати, пов'язані із здійсненням державою, роботодавцями та сім'ями оздоровчих заходів, в принципі, є високорентабельними прямими інвестиціями. Вони не тільки безпосередньо зменшують витрати на підтримку людей з частковою або повною інвалідністю, але й дозволяють істотно покращити якість життя таких осіб. Залежно від тяжкості проявів соматичних змін люди, які страждають на захворювання, що раніше вважалися невиліковними, тепер можуть використовувати досягнення реабілітаційної медицини для виконання певної роботи, навіть якщо вона не оплачується. Сучасні розробки медицини дозволяють більшій частині людей з тимчасовою непрацездатністю повністю відновити свій функціональний стан і повноцінно виконувати свої функції. Тобто держава здійснює ефективні оздоровчі заходи для своїх малозабезпечених громадян, особливо працездатного віку, прямо зменшує соціальні витрати, а опосередковано збільшує кількість платників податків. Економічна вигода від реабілітації людей похилого віку та пенсіонерів для держави полягає в тому, що покращується якість їхнього життя, пенсіонери менше потребуватимуть стороннього догляду, що зменшує витрати держави, сім'ї та власне особистості на догляд, потреби, життя зокрема і життєдіяльність взагалі [3]. Додатковою економічною перевагою своєчасної та ефективної реабілітаційної допомоги є скорочення тривалості перебування хворих у стаціонарі закладів охорони

здоров'я та збільшення обороту ліжок, що відкриває можливість оптимізації діяльності. таких закладів, а також скоротити невиробничі витрати з бюджету держави. Під державним управлінням медичною реабілітацією ми розуміємо комплексний вплив держави з використанням політичних, економічних, соціальних, організаційно-правових інструментів, практичних заходів, можливостей, стимулів на реабілітацію. Суб'єкти системи охорони здоров'я, які здійснюють свою діяльність для забезпечення найбільш повного одужання або одужань максимальної компенсації під впливом набутих факторів втратили індивідуальні функції, здібності та можливості.

Проаналізовано основні умови надання реабілітаційної допомоги та реабілітаційних послуг у вітчизняній системі охорони здоров'я. Відповідно до чинного національного законодавства, а саме Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [16] термін «медична реабілітація» означає вид медичної допомоги, яка надається хворим в амбулаторно-поліклінічних та стаціонарних умовах і враховує медичну систему та інші відповідні заходи спрямовані на відновлення у людини порушених або втрачених функцій організму, виявлення та активізацію компенсаторних можливостей організму для створення умов, що дозволяють повернутися до нормальної життєдіяльності, попередити ускладнення та рецидиви захворювання. Медична реабілітація проводиться безоплатно державними та комунальними закладами охорони здоров'я, з якими укладено державний договір про надання медичної допомоги, за направленням за медичними показаннями державного чи комунального закладу охорони здоров'я, де лікується хворий разом із вторинною чи спеціалізованою або третинною чи високоспеціалізованою медичною допомогою. Його призначають пацієнтам у таких випадках [16]:

- при обмеженні важливих видів діяльності після закінчення гострого періоду захворювання;
- вроджені та спадкові патології, набуті порушення руху та мови, зору та слуху;

- у разі стійкої втрати працездатності та визнання інвалідності.

У складі Департаменту медико-соціальної допомоги населенню МОЗ України створено відділення медичної реабілітації, паліативної допомоги та хоспісу та сектор санаторно-курортного лікування. Наукове забезпечення та методика функціонування системи медичної реабілітації здійснюється різними науково-дослідними інститутами. Держава проводить підготовку фахівців з «реабілітаційної медицини» до яких використовується наступні вимоги: пацієнтоцентризм, об'єктивність, вміння працювати в мультидисциплінарній команді, повага до людської гідності та її повний захист, забезпечення особі що проходить реабілітацію всіх можливостей [27].

Враховуючи поточний процес трансформації національної системи охорони здоров'я з переходом на принципи сімейної медицини, має бути забезпечена можливість підвищення професійної кваліфікації вже працюючих сімейних лікарів у сфері медичної реабілітації та для отримання студентами відповідного медичного напрямку. Як наслідок, поява нових чинників у цій сфері, як наслідок процесу трансформації національної системи охорони здоров'я, негативно впливає на ефективність державного управління. На основі аналізу термінів «державне управління охороною здоров'я», «медична реабілітація», «реабілітація» ми вважаємо, що поняття медичне реабілітаційне державне управління означає комплексний вплив держави із застосуванням політичних, економічних, соціальних, організаційно-правових, практичних заходів, здібностей та стимулів суб'єктами національної системи охорони здоров'я, що здійснюють свою діяльність з метою забезпечення повного відновлення або максимального відшкодування втрачених внаслідок чого фактори, які набувають окремих функцій, умінь і навичок [27]. Визначено основні проблеми та напрями розвитку механізмів державного управління сферою медичної реабілітації як підсистеми національної системи охорони здоров'я. Це стосується таких проблем: недосконалість та неврегульованість нормативно-правової бази; уніфікація стандартів реабілітаційної допомоги незалежно від підпорядкування установи, де вона надається; кадрове

забезпечення реставраційного процесу, яке не відповідає світовим та європейським стандартам; створення власної мультидисциплінарної реабілітаційної команди з запрошенням таких спеціалістів як: лікар-реабітолог, фізіотерапевт, ерготерапевт, логопед, соціальний працівник, психолог, протезист-ортезист, медична сестра-реабітолог.

Характеризуючи систему реабілітації України необхідно наголосити що вона має первні недоліки які наведені на рисунку 1.2.

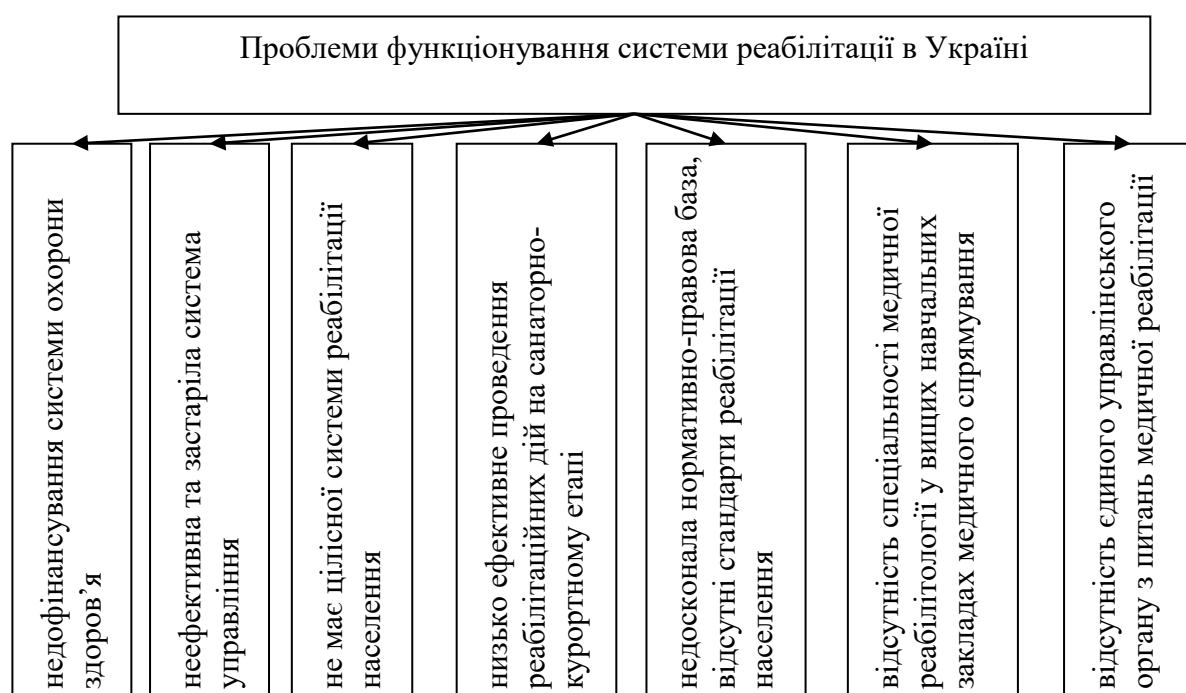


Рисунок 1.2 – Основні проблеми функціонування системи реабілітації в Україні

Джерело: сформовано автором на основі [8, 27]

Державна політика щодо надання послуг з охорони здоров'я та медичної реабілітації є дуже важливою для мешканців нашої держави, особливо у разі повномасштабного вторгнення. Основні висновки аналізу ситуації з реабілітаційною допомогою в Україні експертами ВООЗ та ISPRM [1] зазначають, що традиційні реабілітаційні послуги, особливо рання реабілітація, надаються в курортних умовах, але на сьогодні відсутня інтегрована система

реабілітаційних послуг, які охоплюють усі фази та етапи допомоги, реабілітаційні послуги недоступні багатьом людям, які її потребують.

У сфері реабілітації до основних засад національної політики належать показані наведені на рисунку 1.3.

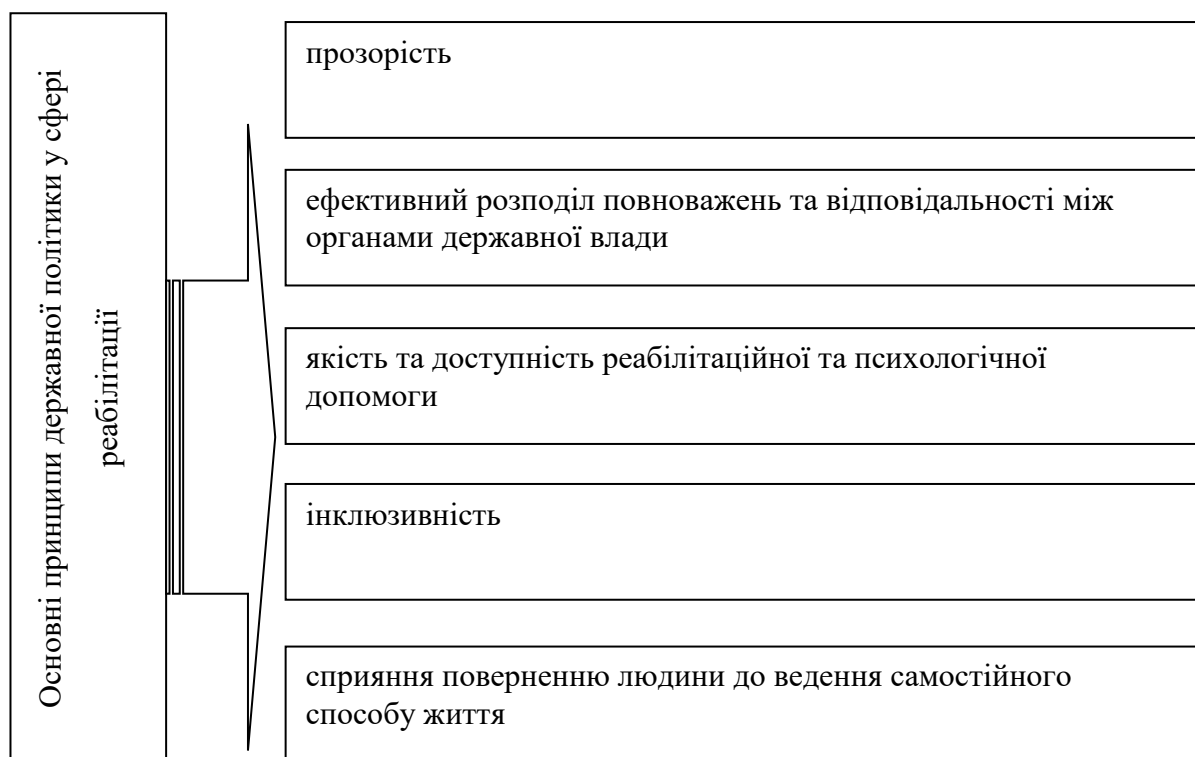


Рисунок 1.3 – Основні принципи державної політики у сфері реабілітації
Джерело: [3].

В Україні потреба в реабілітації загострилася ще більше, адже спочатку стан здоров'я населення погіршився через пандемію COVID-19, а сьогодні масові ракетні обстріли та активні бойові дії систематично спричиняють поранення, забої та каліцтва в зв'язку з чим стан здоров'я українського народу погіршується. За даними МОЗ, щорічно якісної реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я потребують близько двісті тисяч пацієнтів, і цей попит зростатиме. Вважаємо за необхідне підтримувати розвиток системи реабілітаційних послуг, забезпечувати комплексний, ефективний, якісний, інклюзивний, науково обґрунтований і, насамперед, пацієнтоцентрований

підхід до реабілітації. Пацієнт може розраховувати на значну кількість послуг у рамках реабілітації в амбулаторних умовах [3]. Ось деякі з них:

- реабілітаційне обстеження лікарями фізичної та реабілітології та реабілітологами - членами багатопрофільної реабілітаційної бригади;
- встановлення діагнозу та складання індивідуального плану реабілітації, програми реабілітаційної терапії;
- за результатами реабілітаційного обстеження визначення прогнозу для планування подальшого реабілітаційного шляху пацієнта;
- підготовка довідок, формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність та направлення на медико-соціальну експертизу, лікарсько-консультативні комісії тощо.

Основні проблеми галузі можна підсумувати таким чином [3]:

- недостатня координація між міністерствами та іншими уповноваженими відомствами, установами та організаціями
 - традиційна медична допомога та реабілітація в рекреаційних умовах;
 - відсутність комплексної системи супроводу пацієнтів на всіх етапах реабілітаційного процесу, у зв'язку з тим, що в сучасних ринкових умовах недостатнє фінансування закладів охорони здоров'я, які надають медичні та реабілітаційні послуги. Рентабельність таких закладів не гарантована, оскільки система соціального захисту, яка фінансує надання реабілітаційних послуг, має обмежені або взагалі відсутні резерви, що разом із низьким рівнем реабілітаційного лікування в закладах створює несприятливі умови для їх розвитку;
 - існує кадрова проблема з якісним медичним персоналом.

Головну роль у формуванні державної політики у сфері державного управління медико-соціальною реабілітацією відіграє Міністерство охорони здоров'я України до компетенції якого входить здійснення медичної реабілітації населення, Міністерство соціальної політики України яке відповідає за забезпечення соціальної реабілітації, забезпечення додатковими засобами, Міністерство освіти і науки України в компетенції якого знаходяться

організація науково-педагогічний супровід та підготовка реабілітаційного персоналу. Крім того, до забезпечення реалізації державної політики у цій сфері на різних рівнях керівництва відповідно до повноважень, визначених законодавством, залучається ряд інших органів виконавчої влади: Міністерство оборони України, Міністерство у справах ветеранів України, Держлікслужби України, Державної соціальної служби України, Фонду соціального захисту інвалідів, Пенсійний фонд України до якого перейшли функції Фонду соціального страхування України з січня 2023 року, місцеві органи державної влади та органи місцевого самоврядування які здійснюють призначення від імені обласного або державного рівня персоналу закладів охорони здоров'я та управлінського персоналу соціальної сфери, проводять координацію їх діяльності, проводять матеріально-технічне забезпечення, здійснення заходів щодо соціальної реінтеграції інвалідів, організують облік та догляд за особами, які потребують реабілітаційної допомоги, тощо. Уповноважені професійні органи місцевого самоврядування та громадські об'єднання реабілітологів, установи та організації, що здійснюють кадрове та наукове забезпечення систем реабілітації, а також особи з обмеженими можливостями повсякденного функціонування та громадські об'єднання людей з інвалідністю, які представляють та захищають прав їх учасників [7].

Отже, державне управління системою охорони здоров'я та соціальної реабілітації населення здійснюють органи державної влади, органи місцевого самоврядування, державні та комунальні установи та установи, громадсько-правові об'єднання, які створюють їх відповідно до повноважень, передбачених законом за умови реалізації конституційних прав людини, а також задоволення потреб у лікуванні, реабілітації та оздоровленні в спеціалізованих установах.

Сьогодні трансформація системи надання послуг з догляду та медичної реабілітації в Україні має базуватися на зміні парадигми надання допомоги. Швидкий розвиток новітніх технологій дозволяє розвивати та ефективніше використовувати медсестринську реабілітацію. На нашу думку, щоб повноцінно спланувати трансформацію системи охорони здоров'я та

реабілітації, необхідно перевірити наявні в нашій країні ресурси, особливо щодо різних установ, які їх надають, а також структури їхніх відділів [7].

Наша країна повинна розробити процес стратегічного планування розвитку системи медичної реабілітації, яка є технічною основою державного механізму, що забезпечує процес узгодження цілей, освітніх документів, інтересів і ресурсів на основі використання проектних підходів та інструменти. для планування, прогнозування та управління прийняттям рішень.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

2.1 Дослідження державного управління медичною реабілітацією населення

Дослідження вітчизняної сфери охорони здоров'я показує, що в Україні вона поступово перебудовується на систему європейського типу. Аналіз мережі показує, що до кінця 2023 року в Україні працюватиме 3350 закладів національної системи охорони здоров'я, які уклали договір з НСЗУ. Це 1654 спеціалізовані медичні заклади та 1696 закладів первинної медичної допомоги (рисунок 2.1).

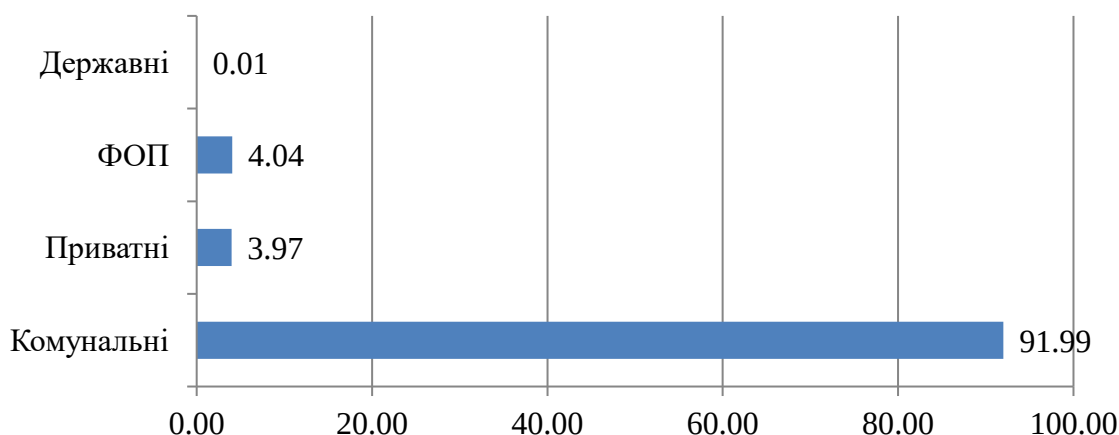


Рисунок 2.1 – Кількість декларацій на отримання первинної медичної допомоги укладених із закладами охорони здоров'я України

Джерело: [26]

Приблизно вісімдесят відсотків українців обирають свого лікаря в рамках програми «Медичні гарантії» для отримання базової медичної допомоги. Найбільше декларацій щодо придбання таких послуг у комунальних

некомерційних підприємств сфери охорони здоров'я - 91,99%, закладів ФОП – 4,04%, приватних медичних закладів (без ФОП – 3,97%, державних установ – 0,01%

Укладених договорів з пацієнтами з особливими потребами дорівнює 35 відсотків, що свідчить про необхідність подальшої медико-соціальної реабілітації (табл. 2.1). Станом на 1 лютого 2023 року в Електронній системі охорони здоров'я України зареєстровано 272 264 лікарів та медичного персоналу. З них базову або неповну вищу освіту мають 23 980 лікарів первинної ланки, 97 668 спеціалістів та 153 251 спеціаліст. Порівнюючи їх кількість із даними за 2021 рік, можна побачити збільшення чисельності медичних працівників. Відтак, із 2021 року до 1 2023 року кількість лікарів, які працюють на нижчому рівні в електронній системі охорони здоров'я, зросла на 555 осіб а кількість спеціалістів на 3435 осіб, що стосується медпрацівників то їх кількість збільшилася на 2576 осіб.

Таблиця 2.1 – Розподіл декларацій, поданих лікарям для отримання ПМД

Спеціальність лікаря	Кількість лікарів	Кількість лікарів з ООП	%, з ООП
Педіатр	5036	533	30,4
Сімейний лікар	16018	6267	39,1
Терапевт	3536	760	21,5
Усього:	24590	8560	34,8

Джерело: [26]

Дані свідчать, що з квітня 2020 року по лютий 2021 року 1950 лікарів ПМД були звільнені, натомість 2505 звільнилися зі спеціалізованих медичних закладів, додано 8431 медпрацівник. Така статистика свідчить про те, що професія лікаря залишається затребуваною та дає можливість працевлаштуватися. Однак дані за 2022 рік відсутні через повномасштабну війну в Україні та неможливість зібрати відповідну інформацію. Тим не менш, експерти підкреслюють переваги впровадження системи реєстрації лікарів. Адже завдяки їй впровадженню оприлюднено дані про кількість лікарів, які працюють за різними спеціальностями, що дає змогу аналізувати динаміку надання медичної допомоги залежно від потреб населення. Зокрема, серед

лікарів лідирують акушери-гінекологи (9112 осіб). Найбільше таких спеціалістів працює в Івано-Франківській та Київській областях на 100 тис. населення – 37 і 36 відповідно, у Луганській та Донецькій областях – 6 та 8 гінекологів на 100 тис. населення. В електронних системах охорони здоров'я хірурги – на третьому місці їх зареєстровано 6106. Найбільше хірургів у Тернопільській та Чернівецькій областях, а також у Києві – 24 спеціалісти на 100 тисяч населення. Найменше – у Луганську та Донецьку – 5 та 7 спеціалістів на 100 тисяч. населення, або У 2022 році укладено договори з 370 закладами охорони здоров'я з НСЗУ на надання послуг з медичної реабілітації дорослих та дітей, з них 17 – приватні. За даними електронної системи охорони здоров'я, станом на початок 2022 року таку допомогу отримали понад 253 тисячі людей. Українські пацієнти.

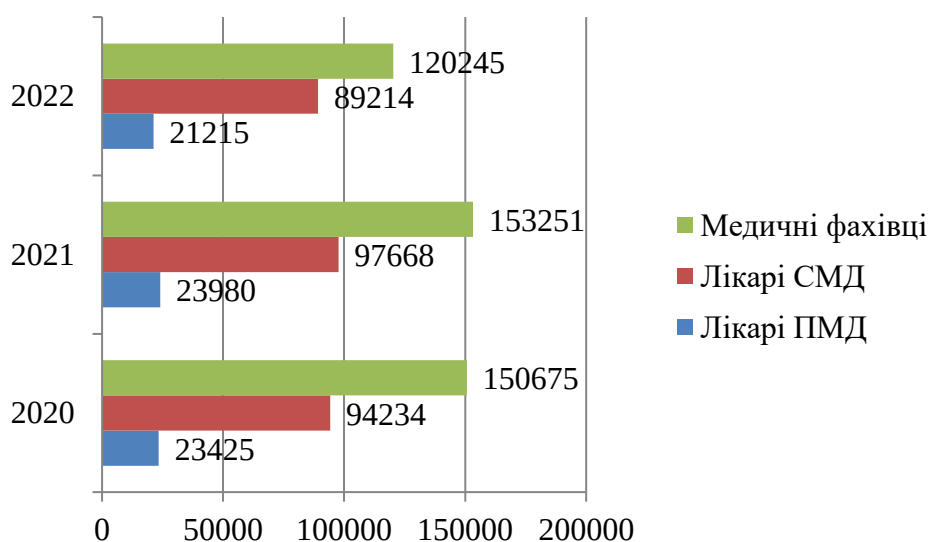


Рисунок 2.2 – Дані про медичний персонал закладів охорони здоров'я у 2020- 2022 рр.

Джерело: [26]

За їх лікування НСЗУ заплатила лікарням понад 2,8 млрд. грн., водночас вони отримали доступ до організованої МОЗ офіційної інформації про центри та реабілітаційні установи для людей різного віку та з різними потребами реабілітації, а також дані про медичне обслуговування фахівців, які надають

послуги в ньому, досі такого немає. Це ускладнює реорганізацію системи реабілітації з певної точки зору, адже не лише керівники місцевого самоврядування можуть визначити тему та динаміку змін, які в ній відбуваються, а й мешканці не можуть відслідковувати хід реалізації програми, системи відновлення, медичної реформи та оцінити її ефективність.

В Україні 1 січня 2023 року існує 27 реабілітаційних закладів та медичних закладів здійснюватимуть реабілітаційні заходи для дітей з інвалідністю. З них 27 надають послуги дітям-інвалідам, 18 – дітям віком до 3 років, у тому числі, які належать до групи ризику щодо інвалідності (з метою попередження інвалідності), 17 – особам з інвалідністю (старше 18).

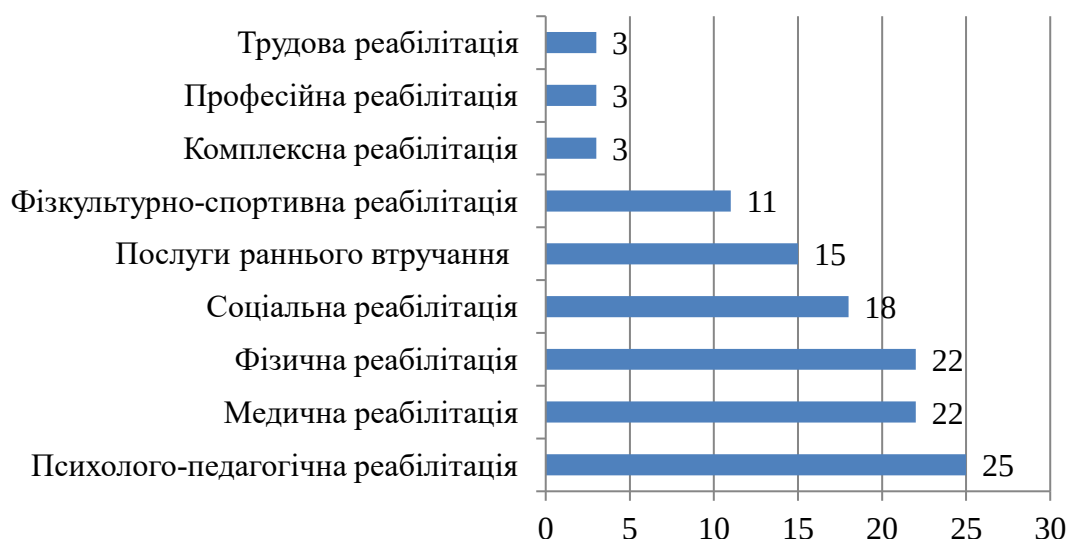


Рисунок 2.3 – Інформація про надання у закладах охорони здоров'я послуг за видами реабілітації

Джерело: [26]

Щодо надання послуг закладами то основні з них наведені на рисунку 2.3. На рисунку видно, що сучасний стан надання реабілітаційних послуг характеризується тим, що найбільше 25 закладів надають психолого-педагогічну реабілітації, 22 - медичну та фізичну реабілітацію. Наведені дані свідчать про готовність незавершених реабілітаційних закладів та закладів охорони здоров'я, які здійснюють реабілітаційні заходи дітей, до впровадження

сучасних підходів та надання комплексних реабілітаційних послуг. Не варто забувати, що незважаючи на війну, ці заклади продовжували функціонувати та задовольняти потреби осіб, що потребують реабілітації. Так само як і з іншими інвалідами за віком або потребою в реабілітаційних заходах за основною нозологічною формою захворювання, військовослужбовцями, тощо.

З початком повномасштабної війни Україна зіткнулася з низкою викликів, до яких реформована країна виявилася неготовою. Перш за все, змінилися акценти та вид реабілітаційної допомоги. Підвищився попит на надання послуг з медичної, фізичної та психологічної реабілітації військовослужбовців та цивільних осіб, які прибувають із зон проведення бойових дій та окупованих територій, звільнені з місць позбавлення волі, примусово вивезені на територію держави-агресора чи добровільно вивезені за кордон. З метою забезпечення злагодженої роботи та підвищення ефективності реалізації державної політики влада України насамперед зосереджується на розвитку нормативно-правової бази реабілітаційної допомоги, яка постійно надається. Активну допомогу вітчизняним фахівцям надають експерти ВООЗ. Цей новий підхід базується на зосередженні на створенні доступного середовища. З цією метою прийняті та розробляються заходи щодо реалізації національної стратегії створення без бар'єрного простору в Україні на період до 2030 року. Практична реалізація цього документу зосереджена на наступних напрямках діяльності:

- забезпечення узгодженості засад реабілітації, реабілітаційних послуг, доступності виробів медичного призначення, особливо засобів реабілітації, у тому числі протезів;

- регулювання правових, економічних і соціальних умов реабілітації з урахуванням функціональної спроможності осіб, обмежених у повсякденній діяльності, та їх потреби у виробах медичного призначення;

- впровадження міжнародних стандартів реабілітації та психологічної допомоги в реабілітації, а за потреби розробка на їх основі вітчизняних протоколів, положень, методичних рекомендацій;

– створення умов для матеріально-технічної, фінансової, персональної та наукової підтримки, а також якісної методики реабілітації; – створення рівних умов для всіх осіб, які залучаються до реабілітаційної допомоги, виробників та постачальників реабілітаційної допомоги;

– створення ефективної системи управління якістю реабілітаційної допомоги тощо.

Отже, після аналізу нормативних документів можемо відтворити організаційну модель забезпечення медичної реабілітації в умовах фінансування через Національну службу здоров'я України (рисунок 2.4).

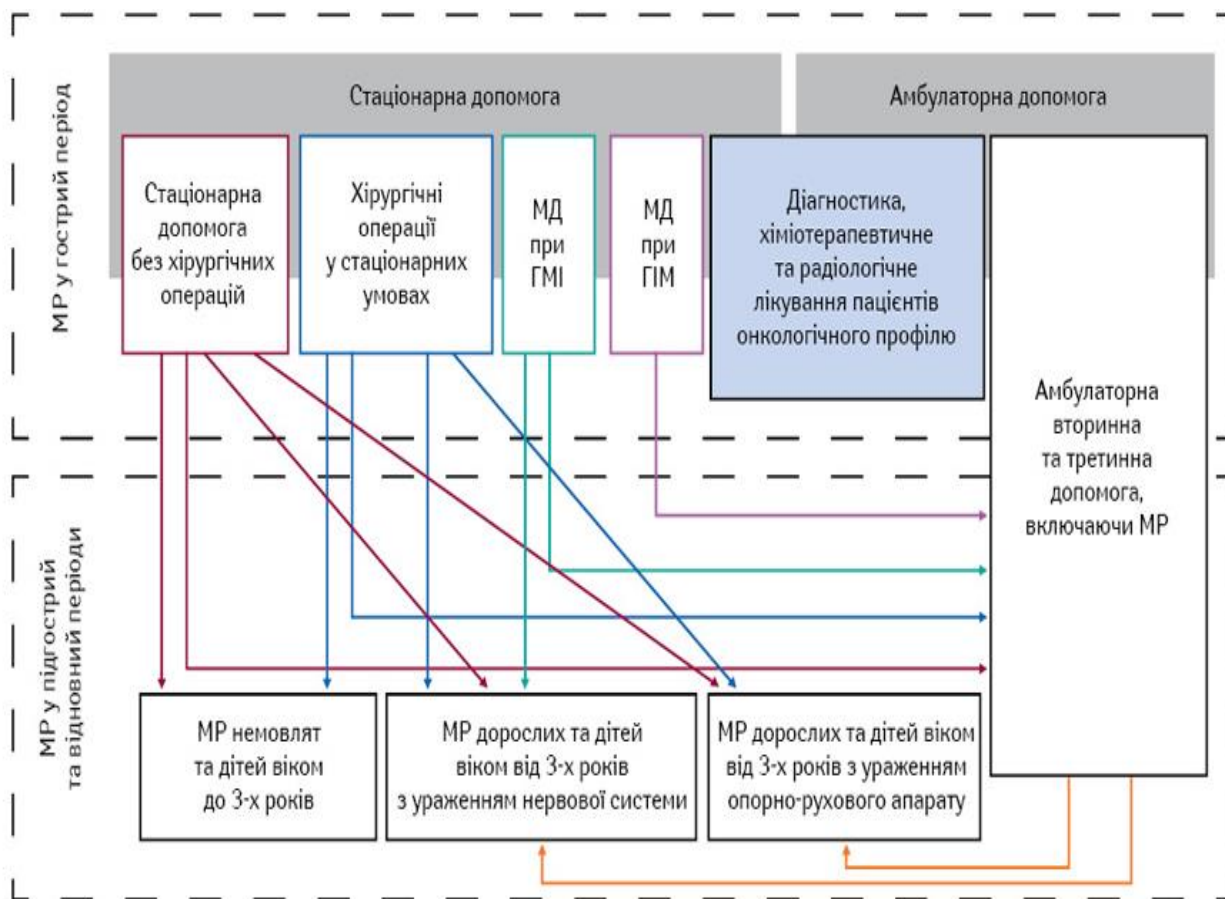


Рисунок 2.4 - Організаційна модель забезпечення медичної реабілітації в умовах фінансування через Національну службу здоров'я України

Джерело: сформовано автором на основі [3]

Міністерство охорони здоров'я за підтримки ВООЗ розробило Наказ «Про затвердження Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на

реабілітаційних маршрутах»», яким затверджено: маршрути для реабілітації за станом здоров'я, поширеним у воєнний час: травмами спинного мозку, черепно-мозковими травмами, ампутаціями кінцівок та складними ушкодженнями скелета; критерії переходу пацієнтів між гострим, післягострим і тривалим періодами відновлення, а також шкали функціональної оцінки. Необхідно враховувати, що, крім фізичного відновлення, дуже важливим є відновлення психічного стану потерпілого. Ці заходи в Україні потребують застосування нових принципів роботи, спілкування, організації реабілітаційного середовища, інтегративного та доказового підходу до реабілітаційного процесу. При цьому зміни мають стосуватися не лише сутності та форми психічної реабілітації, а й діяльності закладів охорони здоров'я, які надають такі послуги потерпілим, інвалідам, а також зміни в системі реабілітації та діяльності органів влади в цій сфері. Міністерство у справах ветеранів України вже розпочало роботу в цьому напрямку. Наприклад, розроблено або адаптовано до вітчизняних умов низку методичних рекомендацій: організація психосоціальних груп взаємодопомоги, організація психосоціальної допомоги ветеранам війни та їх сім'ї, рекомендації оцінки потреб для визначення цільових груп громадян та їхніх потреб у послугах психічного здоров'я та психосоціальної підтримки і т. д. Цю пропозицію було розроблено в основному для лідерів – керівників громадських адміністрацій, керівників соціальних служб і служб охорони здоров'я, лідерів громадської думки – для надання чітких, лаконічних і прозорих рекомендацій ветеранам або громадським групам. Однак слабкість цієї пропозиції полягає в тому, що ми не охоплюють організаційні та оперативні питання, структуру та специфіку роботи. Основна увага зосереджена на проблемі інтересу таких груп, технології їх розвитку та плані створення однорангових сервісів у деяких спільнотах. Цей факт є ще одним підтвердженням нескоординованої діяльності вищого рівня державної влади. Те, що організаційні заходи недостатньо продумані, практичні заходи щодо реалізації основних положень та документів у сфері реабілітації не деталізовані, місцева влада не залучена на етапі планування тощо. Реалізація

будь-якого нововведення, природно, потребує великих фінансових і матеріальних ресурсів, реалізувати які у воєнний час важко.

Основне протиріччя полягає між намаганням змінити концептуальну, інституційну та функціональну систему реабілітаційних послуг в Україні та розвитком фінансової спроможності галузі охорони здоров'я для реалізації заявлених і запланованих заходів. Наприклад, аналіз витрат на охорону здоров'я у 2023 році показує, що при річній споживчій інфляції 5,1% витрати зросли лише на 15,3%.

Водночас, у разі потреби у підготовці фахівців за новим напрямком «Медична реабілітація» редакції статті «Підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації кадрів у сфері охорони здоров'я, підготовка наукових і науково-педагогічних кадрів закладами післядипломної освіти» в 2022 р. не передбачено; та «Фінансування державних установ та заходів у сфері медичної освіти» зменшилось на 52,2%; натомість «Діагностика та лікування захворювань із впровадженням експериментальних та нових медичних технологій у медичних закладах та вищих навчальних закладах науково-дослідних інститутів МОЗ України» зросла на 79,6%; «Санаторно-курортне лікування хворих на туберкульоз та дітей і підлітків із соматичними захворюваннями» зросло на 22,4%; «Підготовка медичних заходів за окремими державними програмами та комплексними програмними заходами» зросла на 10,1%. Такий підхід ускладнює процес реформування та призводить до необґрунтованих рішень щодо розподілу ресурсів.

Така ситуація в цілому впливає на швидкість і ефективність змін у системі відновлення, а також на швидкість і якість відновлення здоров'я людей та їх реабілітацію.

2.2 Аналіз системи санаторного обслуговування в Україні

Сучасний стан розвитку суспільства характеризується посиленням ролі людського фактору в громадських перетвореннях на фоні соціокультурної,

політичної, економічної та екологічної глобальної та регіональної нерівності. Це спонукає цивілізовану частину людства, інтелектуальну еліту, шукати спосіб запобігти втраті людського потенціалу, особливо в умовах воєнних конфліктів та епідемій. У цьому процесі пріоритет надається профілактичним заходам, спрямованим на збереження здоров'я населення та реабілітаційним після пролікованої хвороби чи вродженої інвалідності. Ретельна соціальна турбота про здоров'я людей, яку здійснюють служби національної санаторно-курортної галузі, є запорукою розвитку людини, її соціально-економічної безпеки та повернення до нормального життя осіб які втратили працездатність.

Соціально-економічне значення санаторно-курортної сфери проявляється насамперед у запобіганні деструктивним змінам оздоровчого потенціалу населення та запобіганні втратам рекреаційної складової людського капіталу. Для позначення таких закладів можна використати термін санаторно-курортні підприємства виділяючи за їх функціональними ознаками два види: перший - підприємства санаторно-курортного відпочинку; другий – інший бізнес у сфері охорони здоров'я. Проведемо аналіз об'єктів санаторно-курортного обслуговування (таблиця 2.2).

Звуження мережі санаторно-курортних закладів не припинилося навіть після анексії Криму та окупації частини Донецької та Луганської областей. За останні роки з 2021 по 2024 рік ми зазнали нових втрат: кількість об'єктів зменшилася від 27 об'єктів або на 46,6 відсотків, а в розрізі областей цей показник коливається від 8,0 відсотків до 63,0 відсотків. Найбільше зменшилася відбулося в розрізі об'єктів санаторно-курортної профілактики. Для таких установ характерна відомча підпорядкованість. Тому галузеві зміни в народногосподарському комплексі, процес приватизації, втрата промислових гігантів суттєво впливають на діяльність санаторно-курортного закладу. Занепокоєння викликає той факт що 2023 році не було санаторіїв які відносяться до бюджетних.

Таблиця 2.2 - Аналіз об'єктів санаторно-курортного о обслуговування, одиниць

Найменування	2021р.	2022р.	2023р.	2023р. в % до 2021р.%
Кількість санаторіїв	58	51	31	53,4
Цілорічні	57	50	30	52,6
Сезонні	1	1	1	100,0
Кому належить установа (бюджет)	13	12	0	0,0
Обслуговує дорослих, підлітків, дітей, батьків	13	12	0	0,0
Санаторій має :				
веранди для кліматолікування	12	12	9	75,0
аеросолярій	5	4	3	60,0
упорядкований пляж	3	3	1	33,3
фізіотерапевтичне відділення (кабінет)	49	41	24	49,0
бальнеологічне відділення	12	11	7	58,3
кабінет лікувальної фізкультури	48	40	22	45,8
кабінет-масажу	44	39	22	50,0
інголяторій	37	31	20	54,1
кабінет функціональної діагностики	27	23	15	55,6
стоматологічний(зуболікарський)кабінет	27	21	12	44,4
рентгенівський кабінет(число апаратів)	20	14	13	65,0
з них діючих	19	14	12	63,2
число томографів	4	3	2	50,0
дезкамери (число)	26	13	13	50,0
клініко-діагностичну лабораторію, бактер.лаб.	33	24	19	57,6
бактеріологічну лабораторію	0	0	0	0,0
біохімічну лабораторію	1	1	1	100,0
ортопедичний кабінет	2	2	0	0,0
операційний блок	0	0	0	0,0
ізолятор	43	37	23	53,5

Джерело: [26]

Важливою частиною санаторно-курортного оздоровлення є забезпечення кваліфікованим і різнобічним обслуговуючим персоналом. Матеріально-технічна та кадрова підготовка реабілітаційного закладу має велике значення для реалізації всіх аспектів санаторно-курортного лікування. Структура та оснащення окремих клінік і відділень визначається виключно потужністю закладу та складом пацієнтів, які проходять реабілітацію, що викликає проблеми недостатнього технічного забезпечення та нестачі робочої сили (рисунок 2.5).

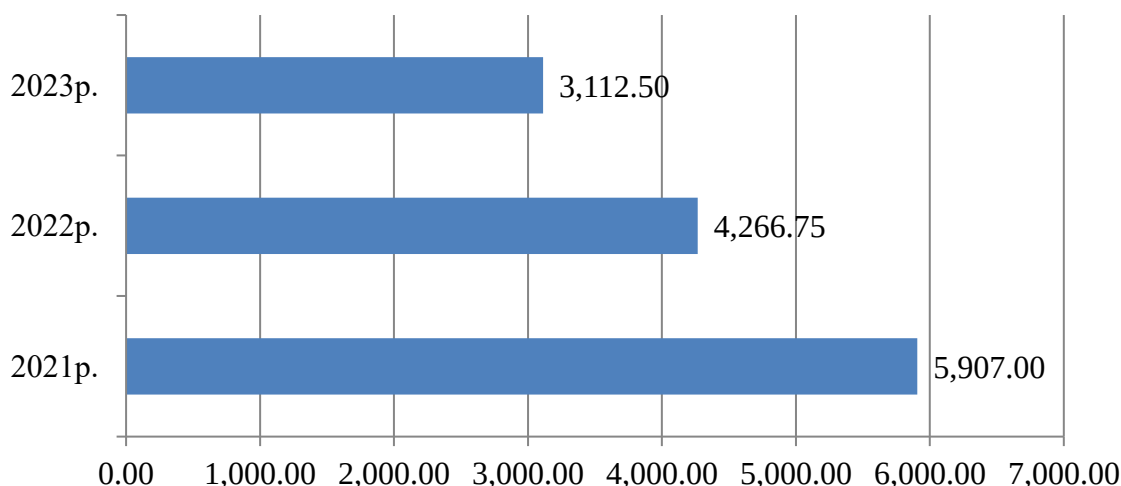


Рисунок 2.5 - Кількість штатних працівників закладів санаторно-курортного обслуговування населення, штатних одиниць

Джерело: [26]

За даними Міністерства соціальної політики України, найбільше спеціалізованих закладів розташовано в Донецькій, Запорізькій, Одеській, Миколаївській та Херсонській областях і АР Крим, оскільки там є велика присутність кількості грязьових, бальнеологічних і пляжних курортів.

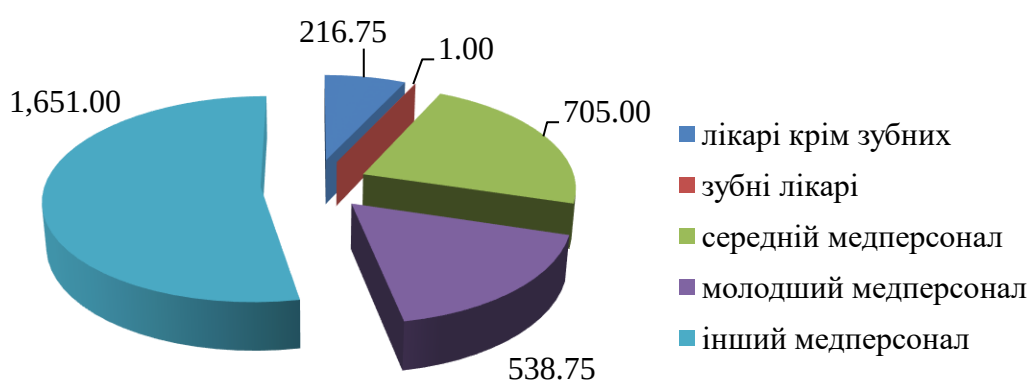


Рисунок 2.6 - Кількість штатних працівників закладів санаторно-курортного обслуговування населення за спеціалізацією, штатних одиниць

Джерело: [26]

І лише п'ять санаторіїв відповідають за обслуговування інвалідів із захворюваннями хребта та спинного мозку причому два з цих п'яти знаходяться на окупованих рф територіях.

На другому етапі медичної реформи санаторії змінили власників і фінансування. Проте подальша практика їх роботи показує, що за цей період було скорочено тридцять відсотків санаторіїв та звільнено майже чотири тисячі працівників. Санаторно-курортні заклади, які перебувають у управлінні органів місцевого самоврядування, отримують кошти місцевого бюджету, системи загальнообов'язкового соціального страхування та інших джерел, не заборонених законодавством. Виходячи з цього ліжковий фонд об'єктів зменшився на 42,9 відсотка. А число ліжко-днів на 58,2 відсотка.

Таблиця 2.3 - Аналіз ліжкового фонду об'єктів санаторно-курортного обслуговування

	2021р.	2022р.	2023р.	2023р. у % до 2021р.
Ліжковий фонд, кількість ліжок	6712	5883	3832	57,1
Число ліжко-днів, проведених хворими	574765	317010	239970	41,8

Джерело: [26]

Ліжковий фонд об'єктів санаторного призначення за віковими групами зменшився, так в 2023 році він складав для дорослих 787 ліжок а в 2021 році цей показник був 1011. Для реабілітації дітей ситуація складала подібна. В 2023 році кількість ліжок складала 440, тоді як в 2021 цей показник був в два рази більший та досягав 1111 одиниць. Проліковано дорослих хворих в 2023 році 4508 осіб, що в п'ять разів більше ніж в 2021 році. Щодо пролікованих дітей то ситуація зворотна. За період дослідження кількість хворих дітей проліковано в два рази менше в 2023 році в порівнянні з 2021 роком.

Досліджуючи кількість осіб, що пройшли реабілітацію в курортних закладах необхідно відмітити, що кількість хворих, які надійшли на

реабілітацію скоротилася з 24849 осіб до 11659 осіб або на 52,1 відсотка з 2021 року до 2023 року.

Таблиця 2.4 - Аналіз ліжкового фонду об'єктів санаторно-курортного обслуговування за віковими групами

Показник	2021р.	2022р.	2023р.	2023р. у % до 2021р.
Ліжок для дорослих, одиниць	1011	737	787	77,8
Надійшло хворих, осіб	823	4343	4508	547,8
Проведено хворими ліжко-днів	114044	68832	52760	46,3
Ліжок для дітей, одиниць	1111	650	440	39,6
Надійшло хворих, осіб	2103	2101	1008	47,9
Проведено хворими ліжко-днів	34132	35496	38565	113,0

Джерело: [26]

Знизилася і кількість хворих, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС з 1030 осіб до 82 осіб з 2021 року до 2023 року, що на 948 осіб менше або на 92 відсотка.

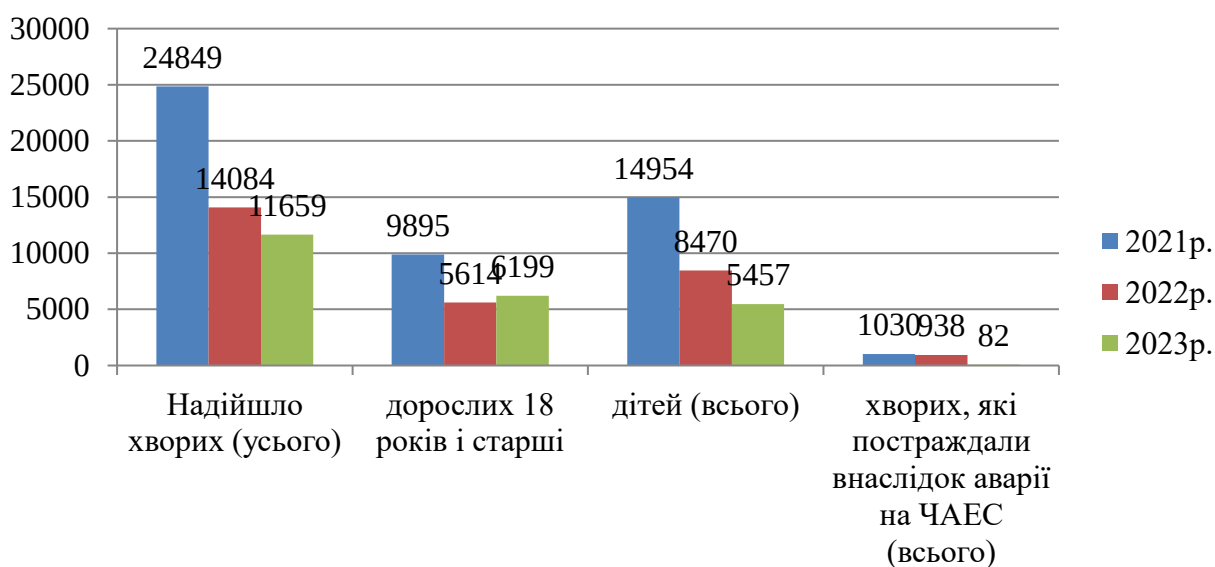


Рисунок 2.7 - Кількість осіб, що пройшли реабілітацію в закладах санаторно-курортного обслуговування населення, осіб

Джерело: [26]

Це пов'язано з тим, що з моменту аварії пройшло 38 років і якщо особа була ліквідатором в віці 35 років то на даний момент їй повинно бути 73 року що є достатньо поважним віком і не всі хворі мають бажання лікуватися.

Аналіз рисунка 2.8 показує, що за період дослідження значно знизилася кількість пролікованих дітей в санаторіях з 14801 особи в 2021 році до 5512 осіб в 2023 році, що практично в два рази менше та складає 37,2 відсотка. Це свідчить про значне зменшення кількості дітей що пройшли реабілітацію і пов'язано з різким зменшення санаторіїв та кількості лікарів і медичного персоналу в них. Це негативна тенденція з огляду на те, що діти які вчасно проходять реабілітацію можуть знайти себе в звичайному житті та стати повноцінними членами суспільства.

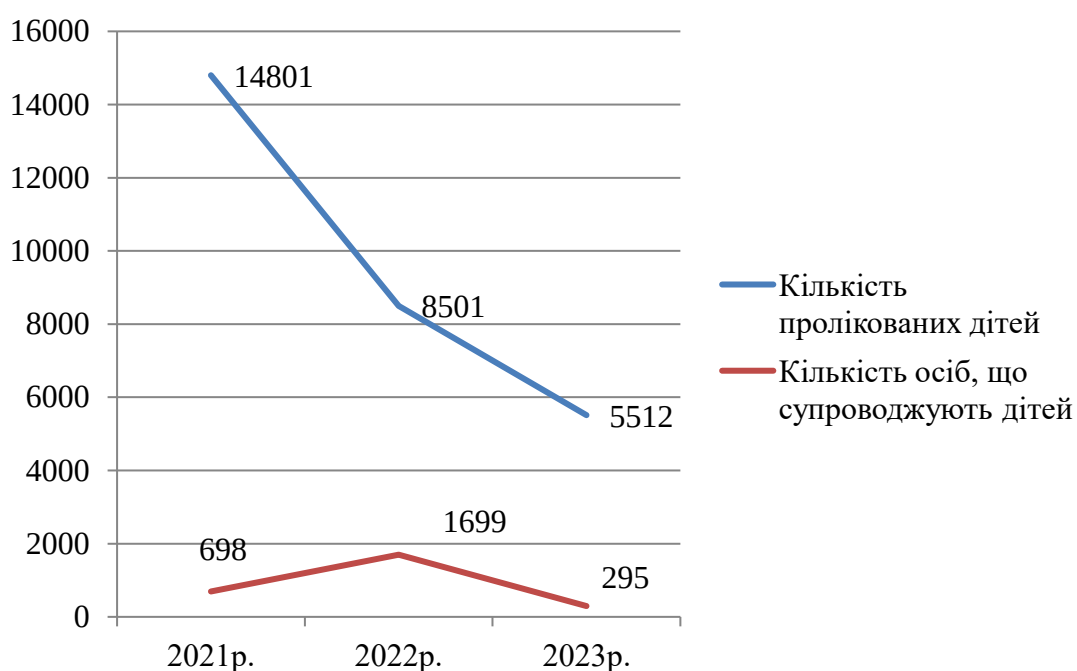


Рисунок 2.8 - Кількість дітей, що пройшли реабілітацію в закладах санаторно-курортного обслуговування населення, осіб

Джерело: [26]

Основними проблемами сучасного стану санаторно-курортної галузі є:

- незбалансованість структури управління санаторно-курортним комплексом зумовлена неузгодженістю чинного законодавства. Йдеться

про «протиріччя в нормативних документах, що регламентують діяльність санаторно-курортних закладів, а також складність організаційного механізму обігу путівок на санаторно-курортний відпочинок через Фонд соціального страхування лікувальних ресурсів і курортних зон і територій медицина і оздоровлення повинні вирішуватися в рамках правового поля;

- ринок санаторно-курортних послуг не може збалансувати споживчий попит на санаторно-курортні послуги з пропозицією. На території санаторно-курортних закладів часто відбуваються зловживання та корупційні дії, здійснюється негативний інституційний вплив бізнесу, медичного персоналу та державних органів з метою примусу та спонукання користувачів до більш доступних, традиційних та загальних послуг. Тривале придбання послуг санаторно-курортного лікування призводить до затримки початку оздоровлення;
- нездатність держави задовольнити попит на послуги стаціонарного лікування та реабілітації шляхом повного фінансування соціального страхування та соціального захисту населення. Переважну частину доходів фонду соціального страхування несуть роботодавці та наймані працівники, а затримка модернізації системи соціального страхування, запровадження обов'язкового та добровільного медичного страхування, що передбачає фінансування послуг санаторно-курортного відпочинку, значного збільшить фінансування з бюджету держави та місцевого фінансування приведе до зменшення напруги у зв'язку із соціальним захистом населення.

Дослідження показали, що динамічно пішов розпад мережі санаторіїв і курортів; що вказує на незбалансованість структури управління санаторно-курортним комплексом та невідповідність його пропозиції потребам і можливостям споживачів; зловживання та прояви корупції в санаторно-курортній сфері.

2.3 Аналіз державної політики медичної реабілітації

Метою державної реабілітаційної політики у сфері охорони здоров'я є створення умов для ефективної реабілітації, забезпечення доступності середовища, здійснення самостійного життя та повноцінної участі в усіх сферах суспільного життя, створення впорядкованої середовища відповідно до вимог планування, універсальної форми та розумної адаптації.

У сфері охорони здоров'я основними принципами державної політики у сфері реабілітації є прозорість, ефективний розподіл повноважень і відповідальності між органами державної влади, якість і доступність реабілітаційної та психологічної допомоги, інклюзія та сприяння поверненню особистості до самостійного життя.

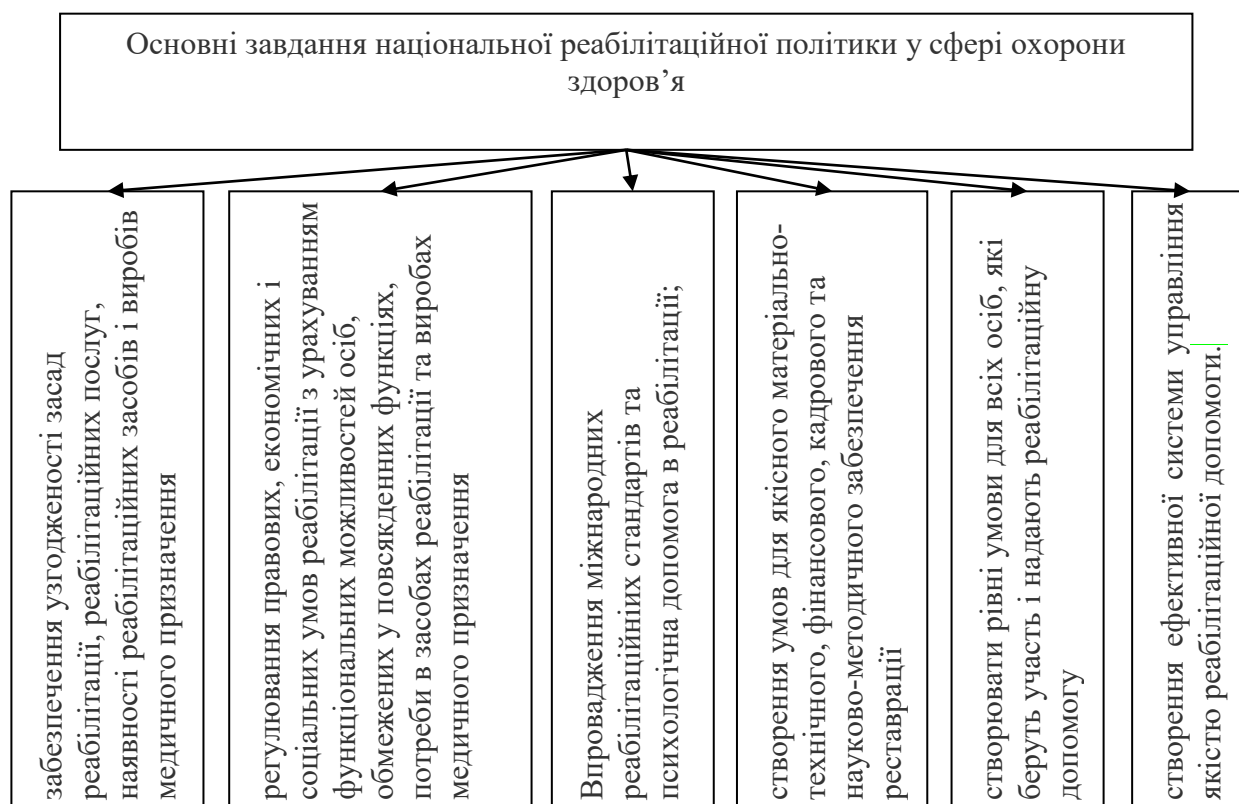


Рисунок 2.9 – Основні завдання національної реабілітаційної політики у сфері охорони здоров'я

Джерело: сформовано автором

Кризова ситуація, що склалася в Україні протягом останніх років, класифікована державними органами як екстремальна з точки зору національної безпеки, часто викликає у людей почуття самотності та емоційні страждання. Війна завдає великих втрат, кожна з яких породжує в суспільстві багато складних питань щодо співучасті, колективної відповідальності, розподілу провини та страждань. На жаль, сьогодні під час реалізації державної соціальної політики в Україні недостатньо уваги приділяється фізичному здоров'ю як пересічних громадян, так і військовослужбовців, а відсутність культури взаємовідносин, конфліктна поведінка, взаємна ненависть призводять до хронічного стресу та вказують на потреба в медичній реабілітації та системній психології.

Сьогодні держава постійно реалізує політику, спрямовану на покращення ситуації з відновленням. Поки три чверті респондентів (73%) визнають потребу в реабілітаційних послугах, згідно з опитуваннями. Найчастіше респонденти говорили про допомогу психолога (55%) та лікувальну фізкультуру (41%), 14% – про ерготерапію, 11% – про логопедію; 17% усіх респондентів заявили, що не отримують реабілітаційних послуг, хоча й потребують їх. Серед бездомних частка тих, хто не отримує реабілітаційних послуг, хоча й потребує їх, ще вища – 26%. Більше половини респондентів мали досвід роботи з реабілітаційними послугами: 57% зазначили, що отримують реабілітаційні послуги зараз або отримували їх у минулому. Половина респондентів (50%) не зверталися і не планують оформляти інвалідність, 16% отримали статус, 12,5% перебувають у процесі отримання статусу, 12% планують отримати статус [6].

Для визначення майбутніх перешкод у використанні реабілітаційних послуг респонденти визнали: відсутність фінансових ресурсів (46%); немає кваліфікованого спеціаліста за місцем проживання (32%); не знають, куди і до кого звернутися за допомогою (31%); відсутність необхідної документації або труднощі із закупівлями (30%); відсутність реабілітаційних центрів або закладів поблизу (28%); брак часу (22%), відсутність ескорт-послуг (17%), транспортні труднощі (17%), ворожість (15%). За їх словами, послуги є менш

доступними для внутрішньо переміщених осіб (ВПО): 41% ВПО кажуть, що не знають, куди звернутися (порівняно з 29% не-ВПО). ВПО частіше називали брак грошей (53% проти 44% серед не-ВПО) та ворожість (31% проти 12%) як перешкоди для доступу до послуг. Респонденти також визнали, що доступність реабілітаційних послуг у громаді є низькою: лише 27% зазначили, що всі або більшість послуг доступні в їхній громаді або в громаді, де живе поранений чи поранений друг чи родич. Водночас 25% стверджують, що реабілітаційної служби немає. Реабілітаційні послуги є менш доступними для жителів сіл і малих міст: 51% респондентів у селах і 27% респондентів у малих містах зазначають, що в їхньому середовищі є випадки, коли послуг взагалі немає. Для порівняння, у містах середнього розміру 15% стверджують, що послуг немає, тоді як 29% підтверджують, що всі/більшість послуг доступні, у великих містах лише 11% вважають, що вони недоступні, тоді як 39% стверджують, що вони недоступні.

Основні джерела інформації про реабілітаційні послуги: від родичів/знайомих (59%); з Інтернету (57%); терапевт чи сімейний лікар (34%); працівники соціальних послуг (23%); неурядові організації (21%) Близько 6% респондентів не знають, де можна отримати інформацію про реабілітаційні послуги.

До позитивних сторін досвіду стаціонарної реабілітації можна віднести: високий рівень задоволеності послугами реабілітаційної установи. Причинами позитивної оцінки реабілітаційних послуг у медичних закладах є: підготовлені фахівці, які вміють мотивувати на результат; об'єднання зусиль різних фахівців, що працюють з одним і тим же пацієнтом у різних напрямках (єрготерапевти, реабілітологи, психологи); наявність спеціального обладнання; спортивний зал з тренажером; можливість брати участь у різноманітних формах дозвілля, які сприяють психологічному оздоровленню: арт-терапія, різноманітні ігри (шашки, шахи тощо), риболовля, виїзди на природу, участь у заняттях з іпотерапії, можливість відвідування басейну; безкоштовна послуга відновлення. Аспекти, які потребують уваги: відсутність сучасних інструментів і процедур,

труднощі з доступом до спортивних тренажерів через велику кількість персоналу, відсутність басейнів на території закладу, відсутність активної участі в прогулянках і походах на природі, тривалий час виготовлення протезів та скарг на їх якість. Тому державна політика повинна вдосконалюватися враховуючи те, що повномасштабне вторгнення РФ ще не закінчилося і є багато людей які потребують і будуть потребувати медичної реабілітації.

Позитивними сторонами досвіду амбулаторної реабілітації для респондентів були: велика допомога окремих спеціалістів, таких як фізіотерапевти та реабілітологи; досягнення результатів відновлення; позитивні результати лазерної терапії, в результаті якої зникають рубці, ефективність масажу, ефективність акупунктури, яка допомагає при фантомних відчуттях і сприяє вивільненню знеболювальних, за відгуками солдатів з ампутаціями та іншими травмами нижніх кінцівок. Аспекти, які потребують уваги: поширеність ситуацій, коли особа змушена самотійно дізнаватися про наявні послуги, відповідно до типу ураження, а також про установи та спеціалістів, які можуть їх надати; відсутність комплексного підходу до міждисциплінарної командної роботи під час реабілітації – респонденти вказали, що спеціалісти повинні розробляти програму реабілітації для кожного пацієнта та пояснювати значення окремих елементів такої програми; відсутність взаємодії між різними фахівцями, які займаються реабілітацією даного пацієнта; труднощі в доступі до психологічної підтримки; з цим стикається більшість респондентів, як військовослужбовців, так і цивільних; серед труднощів названі: відсутність стабільної практики психологічної служби для всіх, хто проходить реабілітацію; значне навантаження на окремих спеціалістів, яке виникло через брак уваги деяких із тих, хто потребує підтримки; формальні підходи деяких психологів; в деяких реабілітаційних центрах відсутні послуги, які респонденти вважають адекватними, і важко отримати доступ до цих послуг, таких як масаж, басейни; оплата послуг: деякі з учасників дослідження оплачують певні послуги або більшість послуг, якщо вони звертаються до приватного спеціаліста, такого як фізіотерапевт чи реабілітолог, самотійно або за

допомогою людей із свого найближчого оточення. Тому у цих респондентів склалося досить негативне враження про фінансові можливості власної реабілітації, частина населення змушена відмовлятися від певних послуг через відсутність фінансових ресурсів.

На думку респондентів, якісна реставрація повинна мати такі характеристики:

- налагоджена система переходу від лікування до реабілітації. Наприклад, лікуючий лікар або лікар загальної практики не тільки видає направлення, а й надає інформацію про процес одужання: перелік рекомендованих послуг з урахуванням особливостей ураження; установи, що надають такі послуги; їхні стосунки;
- залучення до реабілітаційного процесу різних спеціалістів - команда, яка працює з пацієнтом у різних напрямках: тісна взаємодія, ефективне спілкування між усіма фахівцями, які беруть участь у реабілітаційному процесі даного пацієнта;
- легкий і безпроблемний доступ до всіх послуг, щоб усі послуги були доступні в одному місці, бажано якомога ближче до місця проживання пацієнта;
- сучасне обладнання, що використовується в різних заняттях і процедурах;
- фінансова доступність послуг;
- періодичне спостереження за станом пацієнта та результатами реабілітаційного процесу лікарем, відповідальним за випадок, для визначення наступного реабілітаційного етапу;
- максимальне відновлення втрачених функцій, міцне здоров'я як кінцевий результат реабілітації.

Велика кількість респондентів вважають актуальним і корисним існування мережі підтримки тих, хто отримав конкретні поранення за всю війну. Вони розглядаються не лише як потенційне джерело допомоги у таких термінових справах, як юридичні питання, але й як додаткове джерело інформації про варіанти, доступні для тих, хто потребує підтримки. Важливість

створення без бар'єрної інфраструктури в населених пунктах: пандусів, спеціальних підйомників, транспорту тощо, які сприяють пересуванню маломобільних груп населення в межах міста.

З початком масштабної війни Росії проти України мережа закладів, що надають реабілітаційні послуги, стрімко розширилася. 18 серпня 2023 року НСЗУ повідомила, що Україна уклала договори з 421 закладом «Реабілітаційна допомога дітям і дорослим в амбулаторному режимі» та «Реабілітаційна допомога дітям і дорослим в стаціонарі». З них 262 установи надають реабілітаційну допомогу в умовах стаціонару. Слід зазначити, що всі регіони України мають відповідні медичні заклади в підконтрольних українському уряду областях (рисунок 2.10).

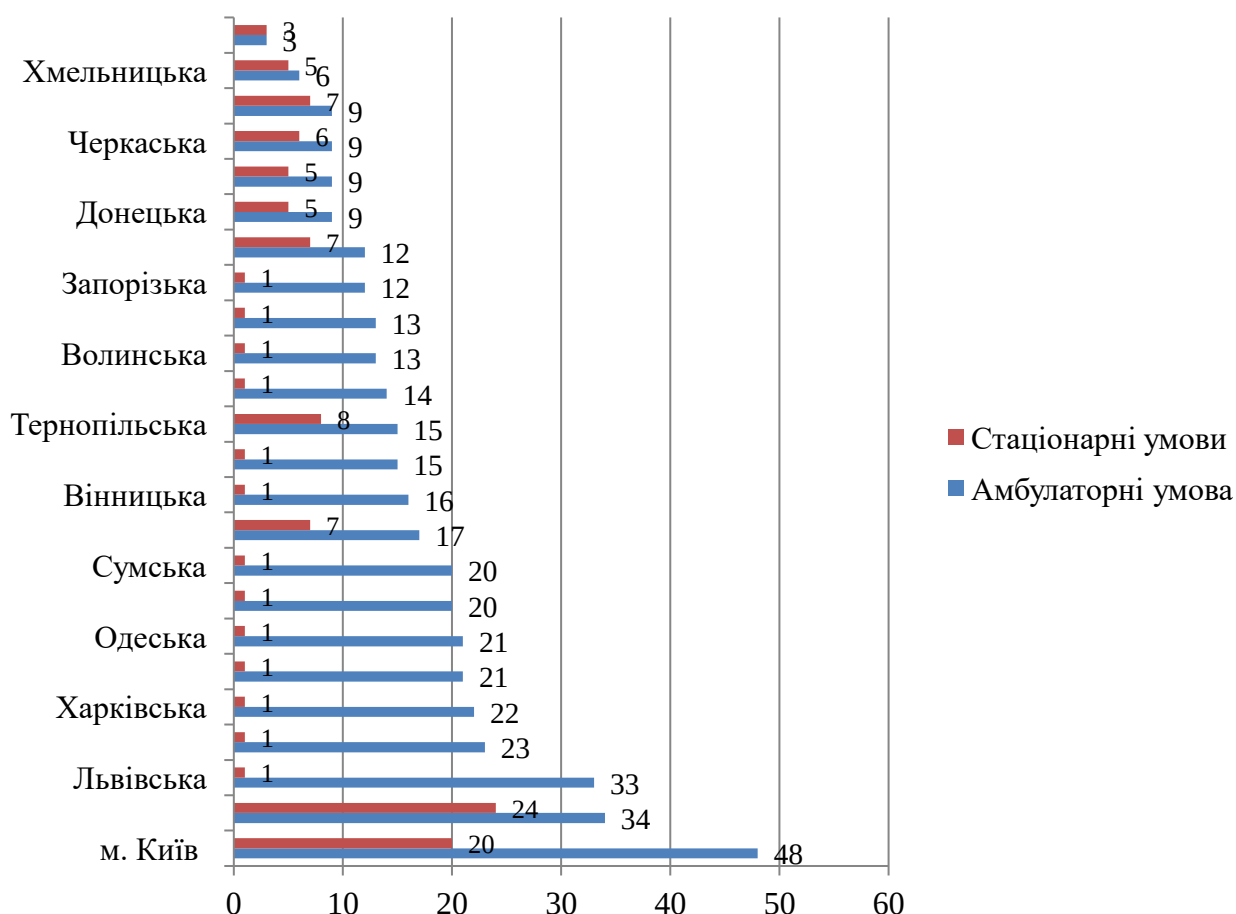


Рисунок 2.10 - Кількість закладів у різних областях, які надають послуги з реабілітації

Джерело [26]

Основні проблеми, які назвали респонденти в діяльності реабілітаційних закладів. Перше - обсяг понаднормової роботи в установі. За словами респондентів глибинного інтерв'ю, понаднормова робота на момент опитування була в усіх без винятку досліджених установах. Це проявляється в тому, що всі стаціонарні ліжка заповнені та формуються так звані черги. Друге - нестача спеціалістів. Причиною неможливості залучення більш кваліфікованої робочої сили завідувач реабілітаційного відділення назвав брак спеціалістів. Причиною цього є те, що під час війни різко зросла кількість хворих, які потребують реабілітаційної допомоги, а фахівців, які готують у медичних університетах, недостатньо. У більшості випадків досліджувані установи обирали спеціаліста нового покоління з медичних вищих навчальних закладів, з якими ведуть переговори про працевлаштування. Крім того, деякі лікарні впроваджують заходи щодо перенавчання інших працівників у рамках програм скорочення та перепідготовки. За словами респондентів, лікарні та реабілітаційні відділення, розташовані у віддалених населених пунктах, зазнають значної конкуренції з боку медичних закладів обласних центрів. Високий рівень задоволеності роботою персоналу. Більшість пацієнтів позитивно оцінюють якість роботи мультидисциплінарної команди.

Проведемо SWOT-аналіз медичних установ, які займаються реабілітацією. SWOT-аналіз, як один із методів стратегічного управління, дає змогу не тільки оцінити фактори внутрішнього та зовнішнього середовища організації, але й створити оптимальну стратегію її розвитку на основі отриманих результатів. Це важливий елемент стратегічного управління, оскільки на основі цього можна оцінити поточний стан і потенціал закладу, стан розвитку матеріально-технічної бази та інфраструктури, а також вплив різних зовнішніх факторів. Загалом SWOT-аналіз можна використовувати для визначення внутрішніх компонентів (сильних і слабких сторін) і зовнішнього середовища (можливостей і загроз) і аналізу взаємозв'язків між ними. Зазначимо, що сильна сторона – це конкурентна перевага компанії, а слабка

сторона – це фактор, який стримує її розвиток. При цьому можливості створюють умови для реалізації поставлених цілей, а загрози мають негативні наслідки, тому, щоб уникнути виникнення кризових явищ, на них необхідно своєчасно реагувати. Визначення переліку факторів внутрішнього та зовнішнього середовища державної політики медичної реабілітації проведено на основі аналізу нормативної бази, кількісних та якісних показників. Слід зазначити, що матриця SWOT-аналізу дозволяє встановити взаємозв'язок між зовнішніми та внутрішніми факторами та вибрати найбільш ефективну стратегію розвитку бізнесу. Таке дослідження дозволяє вивчити внутрішнє та зовнішнє середовище з метою виявлення їх сильних і слабких сторін за такими складовими: фінансово-економічний потенціал; кадровий потенціал; матеріально-технічний стан та інший потенціал (табл. 2.5).

Таблиця 2.5 - Фактори внутрішнього середовища закладів охорони здоров'я з медичної реабілітації

Сильні сторони	Слабкі сторони
- визначення джерел фінансування через НЦЗУ; - стабільне постачання медикаментів, виробів медичного призначення; - наявність співпраці зі страховими компаніями; - налагоджена співпраця та взаємодія регіональних закладів з обласними; - проведення навчання, підвищення кваліфікації, стажування та атестації; - наявність висококваліфікованих працівників; - наявність власної матеріально-технічної бази; - достатній рівень діагностичного та лікувального обладнання; - побудована система сервісу для пацієнтів; - надання широкого спектру медичних послуг; - впровадження системи управління якістю ISO 9001:2015 - наявність інформаційної системи для пацієнтів HELSI; - наявність власного сайту закладів охорони здоров'я; - налагодження ефективних комунікацій з клієнтами.	- зростання вартості комунальних послуг; - недостатнє фінансування закупівлі товарів медичного призначення, ортопедичного обладнання, тощо; - необхідність пошуку джерел фінансування; - недостатнє залучення інвестиційних коштів; - висока плінність кадрів, яка зумовлена низькою заробітною платою лікарів та середнього медичного персоналу; - низький рівень корпоративної етики у закладах реабілітації хворих; - застарілість обладнання; - необхідність придбання нового обладнання; - потреба у модернізації наявної матеріально-технічної бази; - необхідність збільшення облаштованих комп'ютерами робочих місць; - низька конкурентоспроможність закладів через застарілість обладнання; - потреба у проведенні рекламних компаній; - необхідність самостійно аналізувати та моніторити ринки медичних послуг; - необхідність удосконалення протоколів обстежень пацієнтів згідно сучасних вимог.

Основні фактори зовнішнього середовища державної політики медичної реабілітації повинні враховувати макроекономічну стабільність та соціально-економічні умови; розвиток інфраструктури; нормативну базу (табл. 2.6).

Таблиця 2.6 - Фактори зовнішнього середовища закладів охорони здоров'я

Можливості	Загрози
- зростання попиту на медичні послуги; - сприятлива економічна політика держави спрямована на розвиток сфери охорони здоров'я; - отримання міжнародної допомоги та грантів; - зростання частки населення, яке потребує соціального захисту; - підвищення попиту на лікарів та медсестер з реабілітації; - налагоджена співпраця з благодійними фондами та організаціями; - отримання фінансування від Національної служби здоров'я України; - наявність розвиненої інфраструктурної мережі; - введення в експлуатацію нових інфраструктурних об'єктів; - наявність ЗУ «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування»; - прийняття ЗУ «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення».	- падіння обсягів ВВП в розрахунку на одну особу; - розвиток інфляційних процесів, знецінення національної грошової одиниці; - наявність військового конфлікту; - наявність неофіційних платежів; - невизначеність ціноутворення на медичні послуги; - постійне збільшення кількості мігрантів, в тому числі кваліфікованого медичного персоналу; - зниження платоспроможності населення; - значна частина об'єктів інфраструктури потребують капітального та поточного ремонтів; - складність маршруту переміщення пацієнтів в окремих адміністративно-територіальних одиницях через відсутність громадського транспорту та незадовільний стан дорожнього покриття; - порушення строків реалізації медичної реформи; - нормативно-правові обмеження на трансфер технологій.

Джерело: сформовано автором

Ми вважаємо за необхідне приділити увагу військовослужбовцям, які потребують реабілітації. Найсуттєвішою проблемою для поранених бійців наразі є нерозуміння процесу під час спілкування з військовими частинами та медичними закладами, ВЛК та МСЕК. Справжня проблема в тому, що військові найменше усвідомлюють важливість отримання документів, відповідність отриманих документів певним вимогам.

Проблемою отримання направлень на реабілітацію є відсутність загальної дорожньої карти взаємодії з пораненими бійцями, що призводить до того, що на

взаємодію зі збройними силами сильно впливає те, до якої військової частини звертається той чи інший підрозділ ЗСУ, що стоїть в схемі взаємодії, причому в деяких випадках ця схема спрямована на максимальне спрощення, а в деяких випадках вона надто контрольована. Важливе значення у формуванні національної політики має організація закордонної реабілітації. Головна проблема полягає в тому, що немає чіткого та дієвого алгоритму відправлення бійців на реабілітацію за кордон. Зараз військові відчуває найбільшу потребу в комплексній медичній/реабілітаційній і вважається, що в майбутньому вони потребуватимуть подальшої реабілітації.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

3.1 Адаптація зарубіжного досвіду державного управління системою медичної реабілітації

Активний розвиток теорії і практики реабілітації відбувся після Другої світової війни. Створювалися різноманітні центри, реабілітаційні служби та державні реабілітаційні інститути для лікування поранень, хвороб і забоїв хворих та інвалідів війни. Кожна країна обирає або історично складається свій підхід до розвитку цієї системи, який визначається специфікою країни.

Перше засідання Комітету експертів ВООЗ з реабілітації відбулося в 1958 році. Він сформулював загальні принципи реабілітології та дав рекомендації щодо подальших досліджень у цій галузі. У цьому ж році була розроблена Міжнародна система реабілітаційних організацій, а в 1960 році була створена Міжнародна асоціація реабілітації інвалідів, яка увійшла до Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) і активно співпрацювала з ООН і ЮНЕСКО.

Одним із важливих напрямів діяльності органів державної влади багатьох країн є розробка та впровадження механізмів, що забезпечують реабілітацію інвалідів, ветеранів та учасників бойових дій. Зазвичай він реалізується в рамках цілеспрямованої соціальної політики. Важливу роль у розвитку системи реабілітації відіграє інформаційна та фінансова підтримка з боку держави. Реабілітація військовослужбовців за кордоном має комплексний характер, у зв'язку з чим існує тісний взаємозв'язок між медико-психологічною реабілітацією та іншими рівнями допомоги. Так ізраїльська армія має великий досвід лікування бойових психічних травм. Під час Ліванської війни застосовувався принцип допомоги жертвам (BICEPS). Для цього створено

підрозділ бойової перепідготовки (Combat Fitness Retraining Unit), до складу якого входять лікарі-психіатри, клінічні психологи, соціальні працівники, інструктори зі спортивної та бойової підготовки. При цьому важливою умовою є наявність у лікаря, який надає допомогу досвіду, що дає змогу встановити більш довірчі стосунки в процесі лікування. Ізраїльські військові використовували три з шести принципів: близькість, передбачення та затримка. При порівняльному аналізі підрозділів, де ці принципи дотримувалися, було виявлено, що близько шести десяти відсотків солдатів змогли повернутися до виконання своїх професійних обов'язків, у порівнянні з 22%, де ці принципи не дотримувалися. Реабілітація ветеранів-інвалідів збройних сил Ізраїлю реалізується завдяки співпраці між урядом і міжнародною мережею установ, які допомагають учасникам збройних конфліктів. Цей заклад існує завдяки співпраці різних країн, а також департаменту реабілітації Міністерства оборони Ізраїлю. Учасники бойових дій мають можливість отримати послуги фізіотерапії, реабілітації та водолікування. Мало того, щороку учасники бойових дій отримують академічні стипендії на навчання.

У західних країнах реабілітація включає низку заходів, пов'язаних із відновленням здоров'я хворої людини або соціального здоров'я індивіда та поверненням до професійної та соціальної діяльності. При цьому дуже важливими є положення щодо безперервності реабілітації: медичну реабілітацію необхідно починати під час лікування, професійну реабілітацію – одразу після закінчення медичної реабілітації.

За кордоном використовуються різні форми установ, що надають реабілітаційні послуги, зокрема:

- стаціонарні заклади: реабілітаційні клініки (переважно розташовані в курортних зонах); реабілітаційні центри: спеціальні та комплексні (переважно за місцем проживання); реабілітаційні центри на базі стаціонарних реабілітаційних установ (у великих містах); стаціонар реабілітаційного відділення; палата великої лікарні;

– амбулаторно-поліклінічні заклади: денні стаціонари, стаціонари та профілакторії для осіб з хронічними захворюваннями та інвалідів, які не потребують постійного щоденного спостереження; реабілітаційна консультація; реабілітаційні центри на базі поліклінічних реабілітаційних установ (у великих містах); відділення амбулаторної реабілітації (бажано в деяких країнах); організація курортів; реабілітаційні інститути та відділення - розвиток і просування реабілітаційних ідей;

– інші форми організації реабілітаційного процесу: «станції відновного лікування» в поліклініках або стаціонарах; реабілітаційні групи, які технічно вирішують питання реабілітації, спеціальні групи (лікарі, фізіотерапевти та ін.), що забезпечують транспортування для реабілітації додому (у населених пунктах з певною кількістю населення); реабілітаційний сектор максимально наближений до середовища проживання пацієнта.

Необхідно вирізняти загальну реабілітацію та реабілітацію військових які постраждали в різних воєнних конфліктах. Розглянемо функції органів державної виконавчої влади, що діють у кожній країні щодо реабілітації військових та їхні функції (рисунки 3.1).

Таблиця 3.1 Основні функції державних органів виконавчої влади щодо реабілітації військових

Країна	Назва державної установи	Основні спільні функції
США	Міністерство у справах ветеранів	1. Допомога в придбанні житла та землі 2. Призначення пенсій та соціальних виплат військовослужбовцям та членам їх сімей. 3. Надання медичної, психологічної, реабілітація та соціальної допомоги. 4. Пільги: медичні, освітні, транспортні, комнальні і т.д. 5. Співпраця з громадськими об'єднаннями.
Канада	Міністерство у справах ветеранів	
Австралія	Міністерство у справах ветеранів	
Україна	Міністерство у справах ветеранів	
Ізраїль	Міністерство оборони	
Південна Корея	Міністерство у справах патріотів та ветеранів	
Грузія	Державна служба у справах ветеранів	
Польща	Міністерство національної оборони	

Джерело: власне узагальнення

У більшості випадків медична реабілітація за кордоном проходить у кілька етапів з урахуванням різних умов:

- перший підхід: первинна діагностика – огляд спеціаліста – інтенсивна терапія – до лікування та медична реабілітація – реабілітація та соціально-медичний захист;
- другий підхід: 3-х етапна програма реабілітації після інфаркту: лікарня – санаторій – швидка допомога.

Процес одужання починається відразу після початку захворювання. Особливістю зарубіжного підходу є те, що період активної медичної реабілітації триває до отримання людиною інвалідності, після чого для забезпечення гідного життя проводиться підтримуюче лікування та підготовка до нового етапу – соціалізації. Визначальною характеристикою зарубіжних систем реабілітації є передова система геріатричної реабілітації - реабілітація людей похилого віку, яка поєднує в собі ерготерапію, фізіотерапію, логопедію, психологічне консультування, громадську роботу тощо. Перелом, ампутація, інсульт або інший неврологічний розлад, артрит, серцева недостатність або довгострокове пошкодження (наприклад, певні захворювання та хірургічні процедури), тощо. Використовується для полегшення відновлення після втрати функції через Слід пам'ятати, що незалежно від типу і виду реабілітації свідомо встановлюється тісний зв'язок між реабілітованим, його сім'єю, працівниками закладів охорони здоров'я та соціальними працівниками. Ця модель отримала назву «відновлення за підтримки громади» («community-based restoration»). Характеризується участю населення та соціального середовища в реабілітації осіб, які потребують соціально-побутової підтримки, збереженням активності хворого та відповідальним ставленням кожного до свого здоров'я.

Використання такої моделі взаємовідносин сприяє та полегшує розвиток партнерства державного та приватного секторів у сфері медико-соціальної реабілітації, найпоширенішими формами якого є:

- державні контракти з приватними підприємствами на виконання робіт і надання послуг, а також на поставку продукції для задоволення державних

потреб. Найвідомішою і найпоширенішою формою договорів державно-приватного партнерства, яка також використовується в масштабних проектах і в міжнародній практиці, є концесія;

– орендні відносини, що виникають при передачі державою в оренду приватним особам свого нерухомого майна (будівель, виробничого обладнання тощо), за яке сплачується орендна плата за користування державним майном приватними компаніями;

Тому адаптація іноземного досвіду може сприяти підвищенню якості послуг, що надаються в Україні а активна співпраця між державними та приватними структурами відбувається також у сфері розвитку курортної медицини, яка часто поєднується з курортним туризмом та охороною здоров'я (медициною). В інших країнах цей напрямок також тісно пов'язаний з медичним туризмом, що дає можливість активно розвивати інфраструктуру лікувальних установ і курортів. Для цього необхідно створити привабливі економічні та правові умови на регіональному та державному рівнях для залучення належного обсягу інвестицій та впровадження інноваційних технологій у сфері лікування, оздоровлення, реабілітації та підвищення конкурентоспроможності закладів. Інструменти економічного забезпечення, які широко застосовуються в закордонній практиці, можуть бути використані і в Україні, а саме: податкові пільги (зокрема, звільнення від податку на додану вартість курортних послуг), пільгова передача ділянок у довгострокову оренду (до 49 років) для будівництва нових санаторно-курортних та інших об'єктів інфраструктури, організації інженерного забезпечення та регіональної технічної підготовки закладів відпочинку за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів.

Напрямок медичного туризму може бути важливим з точки зору розвитку регіональних громад, тому необхідно розробити відповідні заходи та включити їх до стратегії їх розвитку; розробка нормативно-правового забезпечення, підготовка державних стандартів і протоколів надання оздоровчих та реабілітаційних послуг в оздоровчих та санаторно-курортних закладах,

затвердження програм надання санаторно-курортних послуг у рамках спеціальних категорій та спеціальних програм реабілітації; просування цих програм як туристичного продукту на внутрішньому та міжнародному рівнях, інформування громадськості про них як про систему успішно ліцензованих та акредитованих санаторно-курортних та лікувальних закладів в Україні та за кордоном.

Але для того, щоб розпочати практичну реалізацію вищезазначених доручень, необхідно внести певні зміни в структуру та функціонування всієї нинішньої сфери охорони здоров'я України та системи управління нею. З цієї точки зору цікавим і корисним є досвід Сполучених Штатів щодо створення системи охорони здоров'я, яка базується на високій інституційній конкуренції, орієнтації на споживача, наданні високоякісних послуг і постійному розвитку медичного професіоналізму; підвищенні якості законодавства щодо програм фінансування медичної допомоги малозабезпеченим; розширення мережі реабілітаційних закладів області; оптимізація державної політики щодо профілактики захворювань та зміцнення здоров'я; розроблення механізмів покриття витрат на виконання державних програм у сфері реабілітації тощо. З британського досвіду можна запозичити підходи, спрямовані на покращення фінансування систем охорони здоров'я. Зокрема, він має бути спрямований не на розподіл коштів на оплату «стін» закладів охорони здоров'я та комунальних закладів, а на надання необхідних пацієнтам медичних послуг.

Елементи реабілітації реалізується в діяльності всіх лікарень Великої Британії. Там вважається за необхідне створити в кожній лікарні реабілітаційне відділення, яке включає спортзал, басейн, де проводяться заняття, кабінет лікувальної фізкультури та кабінет трудотерапії. З цієї причини кількість спеціальних реабілітаційних центрів обмежена, вони призначені лише для бійців, які отримали дуже важкі поранення, лікування яких потребує тривалої реабілітації. Внаслідок такого підходу акцент в управлінні закладами охорони здоров'я поступово перемістився з адміністрування державних процесів і діяльності на їх регулювання; формування ринку медичних послуг та

визначення обмежень, що негативно впливають на доступність медичної допомоги; створення інтегрованої структури, що сприяє економічному зростанню медичної галузі тощо.

Водночас уряди цих країн вважають, що важливо посилити роль національного регулювання як основної гарантії доступності та безпеки медичної допомоги, а забезпечення якості – це прямий обов'язок постачальників медичних послуг та показників їх конкурентоспроможності, які перебувають під наглядом держави. Цей підхід активно використовується не лише у Великій Британії а й у Німеччині та Бельгії кілька відомих закладів медичної реабілітації не є національними та працюють в умовах гострої конкуренції.

У Німеччині забезпечення заходів, спрямованих на підтримку, підвищення та відновлення працездатності, в першу чергу здійснюється пенсійним страхуванням працівників та представниками працівників. У сфері соціально-професійної реабілітації монополію утримує Федеральне міністерство страхування на випадок безробіття та зайнятості. Питанням фінансування санаційних заходів займаються виключно місцеві органи соціального захисту. Німецькі реабілітаційні центри забезпечують два рівні залежно від пріоритету медичної або соціальної реабілітації.

Цікавим нам здається досвід США де вважається, що участь у бойових діях є фактором, що виходить за межі нормального людського досвіду та порушує соціальну адаптацію. Цей фактор спонукає уряди розвинених країн приділяти особливу увагу реалізації програм реабілітації та допомоги інвалідам у військових конфліктах. Одна з таких програм успішно працює в Ізраїлі, дозволяючи двадцяти восьми відсоткам військовослужбовців повернутися на стару роботу після звільнення. Донині існує Міжнародна асоціація посттравматичного стресового розладу члени якої: психіатри, психофізіологи, психологи та інші фахівці багатьох країн намагаються зрозуміти суть цього явища, щоб створити ефективну систему реабілітаційних заходів. У США для цього створено сто дев'яносто шість центрів, де працюють не лише медичні

спеціалісти, а й самі ветерани. Наразі через них пройшли близько сімсот тисяч ветеранів та двісті тисяч членів їхніх родин.

У Франції медична реабілітація проводиться в державних, муніципальних або спеціалізованих приватних лікарнях, а також вдома. В Ірландії реабілітаційні послуги та медична допомога інвалідам надаються державними та приватними установами на замовлення держави. Вільна конкуренція таких закладів сприяє підвищенню якості медико-соціальної реабілітації. Суттєво змінюється роль органу управління в забезпеченні якості системи охорони здоров'я. Це полягає у створенні умов для розвитку та раціонального використання відповідних потенційних ресурсів (кадрових, матеріально-технічних тощо), а також у стимулюванні інноваційних моделей управління якістю, регулювання якості послуг, що надаються, та конкуренції між медициною та страховою медициною як відшкодування сплати своїх резервів. У зв'язку з цим необхідне глибше дослідження можливості запровадження в Україні загальнообов'язкового соціального медичного страхування. Адже цей вид оплати медичних послуг поширений у Франції, Чехії, Нідерландах та інших країнах, де частка вартості цього виду страхування у загальній вартості медичної допомоги становить близько дев'яносто відсотків. Реалізація цих заходів в Україні наближає розвиток державної реабілітаційної політики до світового рівня, забезпечує системність надання послуг, підвищує задоволеність їх якістю.

Підсумовуючи необхідно відзначити, що у зарубіжних країнах існує практика фінансування з державного бюджету різноманітних заходів підтримки ветеранів шляхом надання певних пільг і соціальних програм, а також підтримки інвалідів та членів їх сімей з метою якнайшвидшої адаптації під час реабілітаційного періоду. Тому оздоровчо-реабілітаційні послуги є важливими елементами системи заходів соціальної підтримки інвалідів. Механізми матеріальної підтримки інвалідів включають різні види грошових виплат, пенсій, у тому числі виплат у зв'язку з інвалідністю. Не грошова допомога включає медичне обслуговування, фізичну та психотерапевтичну реабілітацію,

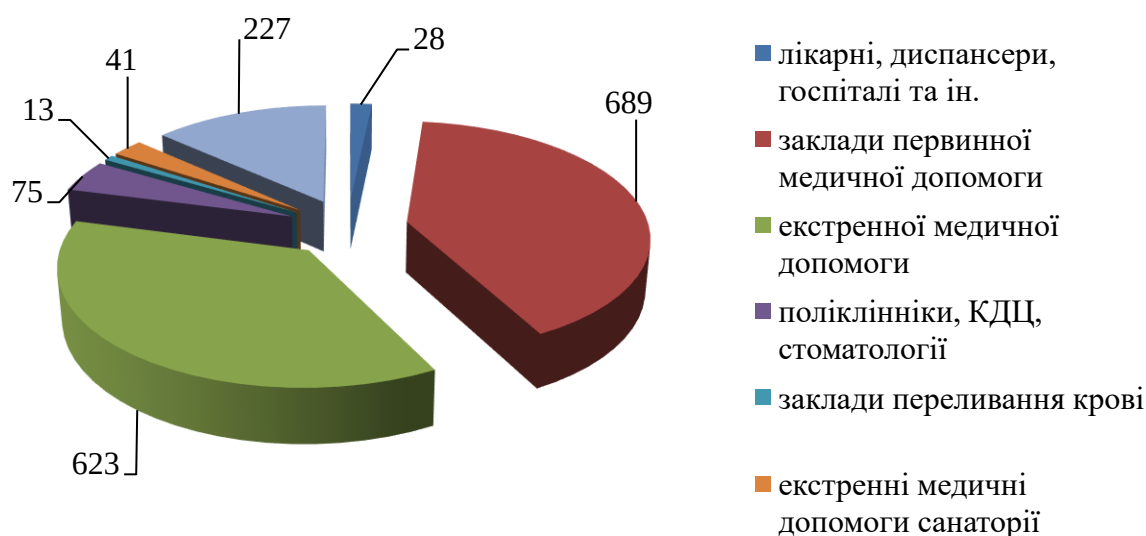
доступ до освітньої та професійної підготовки, сприяння працевлаштуванню в бюджетній сфері. Слід також відзначити високий рівень розвитку медико-реабілітаційної допомоги в усіх державах, досвід яких вивчався.

3.2 Стратегія розвитку системи медичної реабілітації в умовах воєнного стану

З початком медичної реформи в Україні діяльність вітчизняних закладів охорони здоров'я із року в рік кардинально трансформується. Більшість з них стали комунальними некомерційними підприємствами, які змушені конкурувати між собою за пацієнтів. Сьогодні наша країна переживає нові виклики, а саме критичним збільшенням навантаження на вітчизняну систему охорони здоров'я внаслідок повномасштабних військових дій РФ. Така ситуація зумовлена не лише значними руйнуваннями та пошкодженнями медичних закладів, а й зростанням попиту на медичну допомогу пов'язану з лікуванням поранень та захворювань, отриманих внаслідок бойових дій та послуги з медичної реабілітації. Цей вид медичної допомоги та медичних послуг був не потрібні в мирному житті, що зумовлює дефіцит фахівців у цій галузі. Для стабілізації ситуації та відповіді на нові виклики важливо визначити стратегічні вектори розвитку українських реабілітаційних медичних закладів у воєнний та післявоєнний період відбудови.

З перших днів повномасштабного військового вторгнення українські медичні заклади, в тому числі і системи медичної реабілітації, стали об'єктами ворожих військових атак. Пошкодження та руйнування медичних закладів обмежують та унеможливають доступ населення до лікування та медичних послуг, що створює пряму загрозу життю та здоров'ю українців. За даними дослідження за роки війни в Україні було зруйновано близько п'ятдесяти відсотків медичних закладів [6]. За даними моніторингу зафіксовано знищення 1696 одиниць медичних закладів, з них 195 та 1501 пошкоджено. Найбільше зруйнованих та пошкоджених закладів охорони здоров'я зафіксовано у

прифронтових областях, зокрема: Харківській (348), Херсонській (204) та Донецькій (257) (рисуюнок 3.1).



Рисуюнок 3.1 – Кількість знищених та пошкоджених закладів охорони здоров'я

Джерело: сформовано автором на основі [6]

З початку масованого вторгнення було підтверджено 1682 атаки на заклади системи охорони здоров'я, які призвели до 128 смертей і поранень 288 медиків і пацієнтів». Майже двадцять відсотків нападів були спрямовані на служби екстреної медичної допомоги, у тому числі дев'ять нападів на машини швидкої допомоги та шість нападів на машини швидкої допомоги, що призвело до пошкодження медичного обладнання, загибелі працівників, що свідчить про те, що кількість постраждалих достатньо велика. Важливо усвідомлювати, що війна триває і постійно зростає кількість зруйнованих і пошкоджених медичних закладів, загиблих і поранених медиків. Така ситуація загрожує та вимагає посилення захисту медичних працівників і пацієнтів, а також організації безперебійного надання основних та реабілітаційних медичних послуг. Також з кожним днем продовжує зростати кількість поранених серед військових та мирного населення. В умовах воєнного стану кількість поранених та загиблих військова статистика не повідомляє а кількість жертв серед мирного населення

доступна для аналізу. За даними Організації Об'єднаних Націй, жертвами повномасштабного військового вторгнення стали понад 30 тис. мирних громадян України: 10 378 загинули та 19 632 отримали поранення (рис. 3.2). Але слід звернути увагу на те, що ці цифри відображають лише підтверджену кількість жертв серед мирного населення, а насправді вона набагато більша, і точну цифру встановити неможливо до закінчення бойових дій.

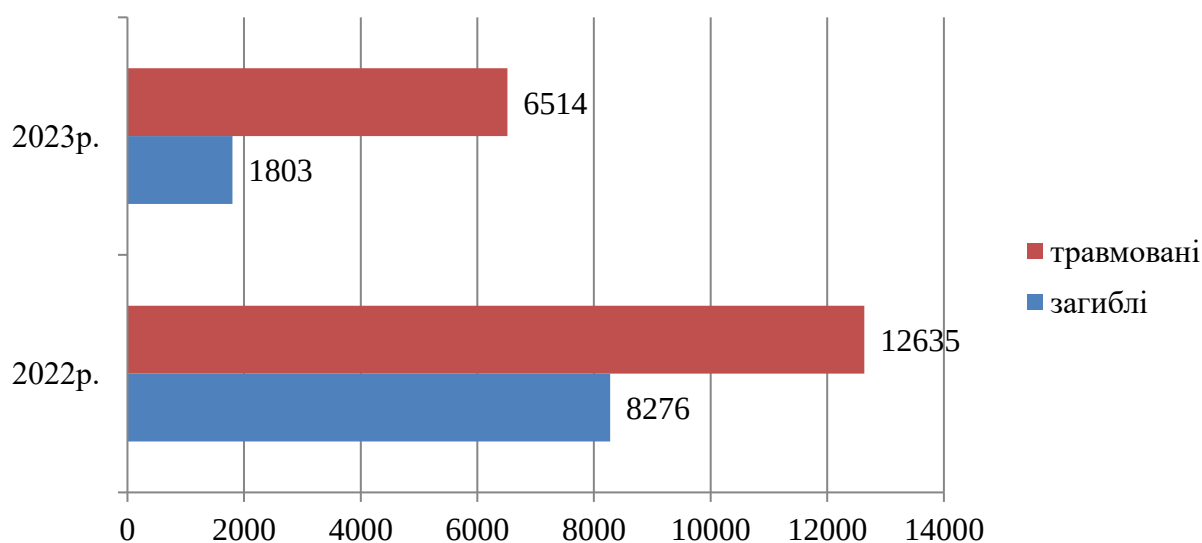


Рисунок 3.2 - Загиблі та поранені серед цивільного населення України
внаслідок війни

Джерело: опрацьовано на основі [24]

За перший рік повномасштабної війни в Україні загинуло щонайменше 8300 мирних жителів, понад 12600 отримали поранення. Найбільші втрати припали на перші місяці вторгнення: в лютому – 375 загиблих і 469 поранених, у березні – 4220 загиблих і 3013 поранених, у квітні – 840 загиблих і 1905 поранених. Протягом липня – жовтня 2022 року налічувалося 300-400 жертв російської агресії на місяць. Торік, за даними Організації Об'єднаних Націй, кількість загиблих мирних жителів зменшилася на чотири – 1,9 тис. осіб. Щонайменше 6500 інших отримали поранення. У січні 2024 року Росія вбила 158 мирних українських громадян і поранила 483 [24]. Важливо зазначити, що кількість поранених перевищує критичну межу в кілька разів і це лише за

даними офіційної статистики та досліджень. В умовах воєнного стану фінансування подальшого лікування та реабілітації Українські військові та цивільного населення лягає на плечі держави та розгалужену систему медичних закладів, де медична допомога та медичні послуги надаються всім, державним чи військовим. За останні роки проведено значну роботу в цій сфері: розроблено нові та діючі нормативні акти було розширено пакет програм медичного страхування, а також зросли вимоги до закладів охорони здоров'я, які надають реабілітаційні послуги. Крім того, запроваджено програму навчання та підвищення кваліфікації медичних працівників, налагоджено обмін досвідом із міжнародними експертами у цій сфері. Проте слабкою ланкою в системі охорони здоров'я залишається система реабілітації.

Згідно з дослідженнями, більше половини бійців не були поінформовані про можливість реабілітації і змушені були шукати її самостійно. А шістьдесят вісім відсотків використовують власні ресурси для лікування та реабілітації [5].

Тому вкрай важливо започаткувати та відновити реабілітаційну допомогу військовослужбовцям і цивільним громадянам з точки зору повноцінної адаптації вітчизняних закладів охорони здоров'я до умов війни та післявоєнної відбудови, а також їх подальшого розвитку в умовах конкурентні умови. Інші країни та міжнародні організації допомагають впоратися та підтримують людей в нашій країні. З початком війни в Україні стартувала нова ініціатива у сфері міжнародного співробітництва на рівні окремих закладів охорони здоров'я а саме міжнародне медичне партнерство. Метою цього проекту є встановлення взаємовигідного довгострокового партнерства, спрямованого на зміцнення технічного, експертного, наукового та управлінського потенціалу окремих установ. Вони утворюють мережу дієздатних медичних установ, здатних трансформувати спільний досвід психологічної допомоги та реабілітації для жертв військової агресії в рф в передові світові практики та політику.

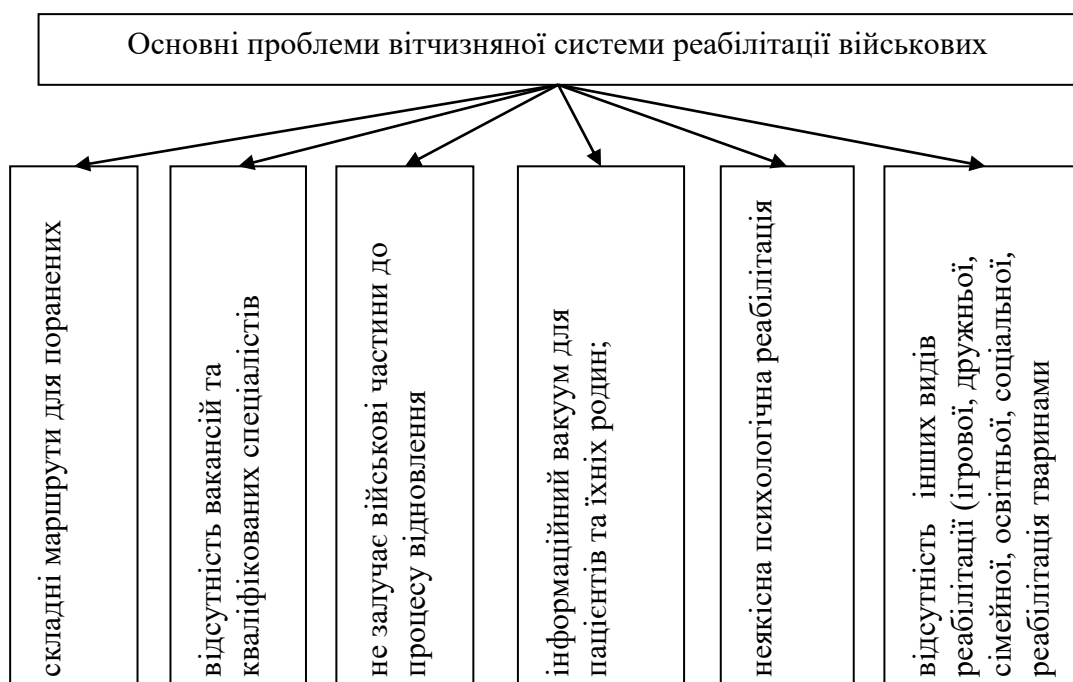


Рисунок 3.3 – Основні проблеми вітчизняної системи реабілітації
військових

Джерело: власне узагальнення

У рамках ініціативи було укладено двадцять меморандумів про міжнародне медичне партнерство між медичними закладами нашої країни та країнами що підтримали декларацію. Серед закладів охорони здоров'я, які є партнерами, є багатoproфільні лікарні, дитячі лікарні, онкологічні та психіатричні інститути, медичні університети Ізраїлю, Австрії, Іспанії, Данії, Латвії, Естонії, Канади, Литви, Молдови, Нідерландів та інших країн. Актуальність цієї проблеми підтверджується систематичним збільшенням різноманітних офіційних зустрічей на міжнародному рівні. Особливу увагу закордонні партнери приділяють питанням наявності укриттів. За таких умов забезпечується якісне медичне обслуговування під час авіаційних нальотів, доступ до укриттів для всіх, включаючи лікарів, пацієнтів і пересічних громадян, ізоляція потоків, тобто організація окремих місць для догляду за медичними хворими і проживання простих людей, як житловий притулок.

Також важливо забезпечити ефективну охорону цих приміщень, оскільки в них зберігається дороге медичне обладнання та ліки.

Збільшення кількості поранених військових та цивільного населення, які потребують реабілітації, визначає наступний стратегічний вектор розвитку закладів охорони здоров'я – розвиток системи реабілітаційної медичної служби. Для того, щоб активізувати цей процес, необхідно зробити кілька кроків на національному рівні, зокрема: гармонізувати принципи реабілітації, надання реабілітаційних послуг, підвищити доступність реабілітаційної допомоги, в тому числі протезів, для пацієнтів; впровадження міжнародних стандартів реабілітації; створення умов для якісного матеріально-технічного, фінансового, кадрового та науково-методичного забезпечення реставрації; створення ефективної системи управління якістю реабілітаційних послуг, забезпечення регулярності та безперервності процесу надання реабілітаційних послуг.

Ще одним стратегічним вектором розвитку вітчизняних закладів охорони здоров'я, які займаються реабілітацією є міжнародне співробітництво, яке необхідно реалізовувати шляхом встановлення міжнародних партнерських відносин та залучення міжнародної фінансової підтримки. Формування міжнародних медичних партнерств дозволяє лікарям обмінюватися досвідом із зарубіжними колегами та залучати нову підтримку у світовому масштабі. Майбутніми формами міжнародного медичного партнерства в царині реабілітації є навчальні поїздки, спільні навчальні проекти та спеціальні проекти співпраці в окремих сферах діяльності медичних установ. Окрім обмеженого бюджетного фінансування у зв'язку з тим, що більшість видатків державного бюджету України спрямовується на військові потреби та активізації міжнародної співпраці, стратегічним вектором розвитку медичних закладів має стати залучення міжнародних фінансових ресурсів, благодійних та інвестиційних фондів, міжнародних інститутів розвитку, приватних фондів за допомогою інструментів краудфандингу та фандрейзингу. Цей метод особливо важливий для закладів охорони здоров'я, оскільки він надає безкоштовні та безповоротні ресурси, а також дає змогу реалізувати важливі для суспільства

некомерційні проекти з реабілітації. Для залучення фінансових ресурсів, необхідних для реалізації потенційних проектів, спрямованих на реабілітацію в умовах війни та післявоєнної відбудови, медичним закладам можна використовувати ресурси наведені в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2 - Американські онлайн-платформи з міжнародного співробітництва та їх функціональне призначення

Назва	Сайт	Функціональне призначення
GlobalGiving	https://www.globalgiving.org/	Благодійні асоціації та масові проекти з країн, що розвиваються. Потенційні донори можуть переглядати та вибирати проекти з великої кількості проектів, упорядкованих географічно та тематично такі характеристики, як охорона здоров'я, захист навколишнього середовища, освіта
Indiegogo	https://www.indiegogo.com/	Об'єднання споживачів для підтримки організацій, що представляють інноваційні продукти, креативні ідеї та натхненні проекти. Це дозволяє користувачам знаходити фінансові ресурси для реалізації власних проектів і брати участь у проектах інших організацій.
Firstgiving	https://www.frontstream.com/	Фандрайзинг та управління фандрейзинговою компанією. Допомога організаціям у зборі необхідних коштів для реалізації проектів, а також надання інструментів для фандрейзингових кампаній – планування, реалізація та оцінка онлайн фандрайзингових кампаній
Causes	https://www.causes.com/	Створення онлайн-кампаній для підтримки різноманітних соціальних, політичних та екологічних ініціатив. Створення мережових кампаній для колективних дій – збір коштів, підписання петицій, привернення уваги до важливих тем дня.

Джерело: сформовано автором

З огляду на сучасні виклики можна виділити декілька загальних векторів, які можуть бути актуальними для закладів охорони здоров'я в напрямку медичної реабілітації. Ці вектори мають включати: забезпечення елементарної безпеки пацієнтів, медичного персоналу та пересічних громадян; створення

доброзичливого середовища в закладах охорони здоров'я; активізація міжнародної співпраці, а саме, налагодження міжнародних медичних партнерств та активізація проектної діяльності; створення системи надання реабілітаційних медичних послуг; розвиток телемедицини тощо.

3.3 Покращання якості стратегічного планування розвитку медичної реабілітації

Під плануванням у сфері охорони здоров'я розуміють організований процес, який включає:

- виявлення незадоволених потреб населення в охороні здоров'я, оцінка ресурсів для задоволення цих потреб: у тому числі особистих, фінансових, матеріально-технічних ресурсів, навичок і знань працівників системи охорони здоров'я;

- встановити реалістичні та досяжні пріоритетні цілі для реалізації відповідних планів та розробити адміністративні заходи для їх досягнення; – визначення проблем громадського здоров'я: аналіз демографічних характеристик населення, статистики захворюваності, поширеності захворювань, смертності, тощо.

Проте обмеженість ресурсів, накопичені глибокі проблеми призводять до того, що стратегічне планування розвитку стає нагальною потребою та основним інструментом ефективного управління. Низький рівень стратегічного планування у вітчизняній системі управління охороною здоров'я, що не дозволяє правильно визначати пріоритети, ефективно збирати та витратити ресурси та досягати конкретних результатів шляхом надання якісних послуг. Стратегічний план надання реабілітаційних послуг має визначати процеси, яких необхідно дотримуватися для створення умов або забезпечення високої якості послуг. Він повинен містити такі елементи:

- визначення ролі та внеску медичних послуг в основні політики та пріоритети системи, що представляють основні завдання служби;

- бачення, місія та цінності;
- документування результатів аналізу зовнішніх факторів, зокрема тенденцій та викликів системи охорони здоров'я, результатів охоплення лікарняними послугами та аналізу ринку; – опис можливих медичних послуг та їх якість;
- цілі та завдання служби, які вказують на те, як вона може сприяти реалізації цілей і завдань ширшої системи та потреб населення регіону;
- критерії вимірювання, які оцінюють розвиток щодо стратегічних цілей і завдань на кінець періоду тощо.

Стратегічні плани закладів охорони здоров'я мають покращуватися за п'ятьма ключовими напрямками: якість медичної допомоги; доступ пацієнта; утримання працівників; диференціація ринку; вирівнювання ресурсів. У сфері охорони здоров'я успішне стратегічне планування має також включати чіткий зв'язок між поточними проектами та програмами, спрямованими на регулювання такими як профілактичні послуги та охорона здоров'я громади, стратегічними цілями організації такими як оцінка партнерства чи участі в системі охорони здоров'я, відповідно заходи, що використовуються для моніторингу успіху. Відстеження успіху відображає ефективність організації та належне використання інформаційних технологій. Реалізація стратегічного плану вимагає співпраці між лікарями та лікарнями, навчання персоналу в деяких випадках для вдосконалення навичок, щорічні оперативні цілі та план, що оновлюється кожні три роки. Однак експерти наголошують, що процес стратегічного планування йде глибше. Тому індивідуальний рівень внутрішнього процесу стратегічного планування потребує розвитку.

У зарубіжній практиці перед початком урядом процесу стратегічного планування проводиться поглиблений аналіз проблем і дослідження реальних умов їх прояву. Розробка систем відновлення не є винятком. Розглянемо цей процес більш детально. Першим етапом стратегічного планування розвитку охорони здоров'я та соціальної реабілітації населення є етап оцінки ситуації, який спрямований на повне розуміння реабілітації держави, регіону чи громади.

Згідно з рекомендаціями Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я, стратегічне планування включає декілька методів та інструментів, що застосовуються на індивідуальному рівні.

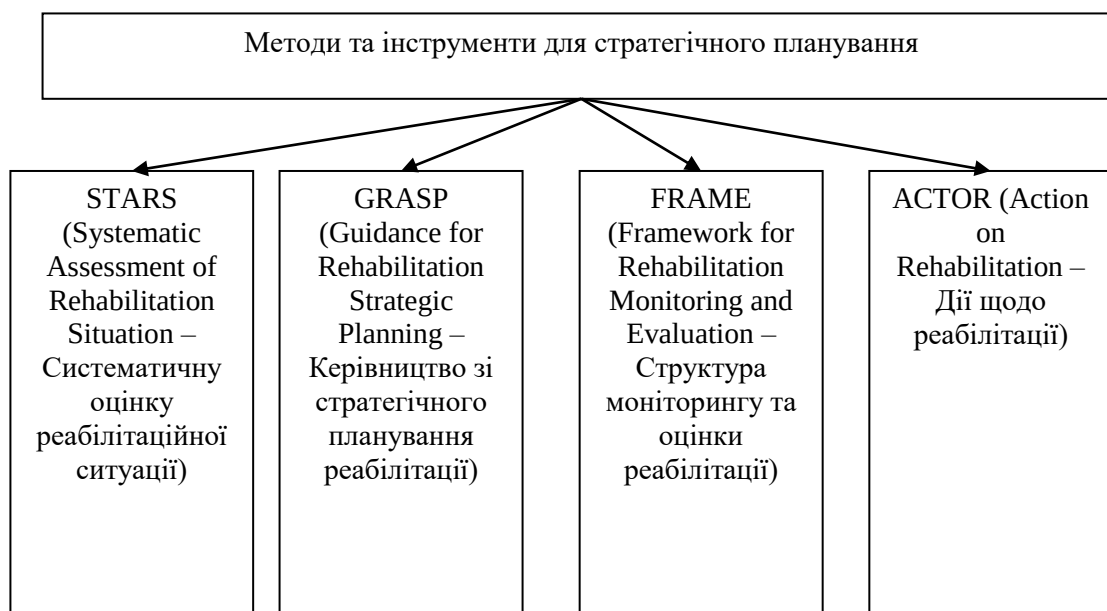


Рисунок 3.4 - Методи та інструменти для стратегічного планування
Джерело: сформовано автором на основі рекомендацій ВООЗ

На етапі оцінки ситуації використовується методологія STARS, яка гарантує отримання якісних звітів на основі фактичних даних та стандартної оцінки ситуації. Він містить інформацію про сильні та слабкі сторони відновлення країни, окреслює пріоритетні напрями діяльності та пропозиції щодо розвитку. Відповідно до цієї методики процес оцінювання поділяється на чотири етапи:

- підготовка оцінки ситуації (розробка документу з планування, концептуальної записки та створення робочої групи та визначення її складу, забезпечення участі уряду, визначення обсягу оцінки, зацікавлених сторін, термінів виконання та наявних ресурсів);

- збір даних та інформації (збір інформації для оцінки стану відповідно до шаблону збору інформації про реабілітацію (TRIC – Template for the

Collection of Rehabilitation Information), який структуровано відповідно до компонентів системи охорони здоров'я. Міжнародно визначена система оцінювання використання TRIC дозволяє порівнювати їх у часі та між країнами.

- пряме оцінювання; підготовка, редагування, розповсюдження та передача результатів оцінки (міжнародні та/або національні експерти беруть участь у оцінці в країні, які відвідують місця та служби та проводять опитування зацікавлених сторін.

Рекомендації STARS містять детальну інформацію про організацію оцінювання в країні та включають модель зрілості відновлення (RMM), яка оцінює відновлення впродовж континууму розвитку. Підготовлений звіт повинен містити опис та аналіз ситуації у сфері реабілітації, а також можливі рекомендації. На основі цього складається план покращення ситуації, який адаптований до особливостей даної країни. Другий етап полягає безпосередньо в розробці стратегічного плану відновлення. Вона характеризує бачення та напрямки змін у державі щодо організації медико-соціальної реабілітації та на основі висновків, зроблених під час її оцінки, вимагає визначення та опису пріоритетів та заходів, необхідних для сприяння реабілітації про досягнення цілей і очікуваних результатів.

Для цього використовується Посібник зі стратегічного планування реабілітації (GRASP - Guidance for Rehabilitation Strategic Planning), який вимагає виконання наступних заходів:

- підготовка до стратегічного планування (обсяг, зміст, пріоритети планування, учасники, залучені до розробки окремих напрямків, розрахунок термінів, персональне та фінансове забезпечення, методологія обліку витрат, консультативний процес, доопрацювання програмних документів, державне затвердження урядом);

- визначення пріоритетів та підготовка першого проекту плану (обговорення пріоритетних напрямів, визначення пріоритетних цілей,

запланованих відновлювальних та організаційних заходів, заходів, які необхідно здійснити для їх реалізації; документ);

– узгодження, розгляд, підготовка та розрахунок планів (консультації із зацікавленими сторонами, врахування їхніх зауважень та пропозицій, зміни планів. Обговорення проектів планів та отримання зворотного зв'язку, що сприяє залученню учасників до державного планування та формує передумови для підтримки та практичної реалізації запропонованих змін, розрахунок вартості стратегічного плану, визначення необхідних ресурсів, фінансова оцінка, думки однодумців та прихильників, здатних популяризувати план у політичному полі;

– прийняття та розміщення стратегічного плану (остаточне затвердження урядом та міністерством стратегічного плану відновлення (на початкових етапах планування мають бути враховані всі терміни та процедури прийняття рішень), публікація, розповсюдження, ознайомлення зацікавлених сторін, забезпечення його зміст і актуальність.

Наступний етап – реалізація стратегічного плану з моніторингом процесів і розробкою їх результатів, оцінкою та переглядом (коригуванням) у разі необхідності. Виконання цієї роботи базується на документі «Система моніторингу та оцінки відновлення» (FRAME). Моніторинг, оцінка та перегляд гарантують, що стратегічний план відповідає своїм цілям і досягає своїх цілей. Обов'язкове застосування цього процесу дозволяє відслідковувати динаміку та прогрес змін, що дуже важливо для більш обґрунтованого прийняття рішень та звітування. Усі три процеси має планувати уряд. Основна робота в цьому напрямку спрямована на:

- створення системи моніторингу з індикаторами, базовими умовами та цілями (система моніторингу відновлення складається з набору індикаторів, що містить базові показники та цілі, які вимірюють поточний стан відновлення країни. При цьому індикатори є основними цілі стратегічного плану, включаючи серію (карток) індикаторів відновлення (RIM - Recovery Indicator Menu), а також набір основних і розширених індикаторів відновлення;

- розробка процесу оцінки та аналізу (цей обсяг діяльності включає визначення динаміки досягнення цілей, перевірку ефективності виконаної роботи та на основі даних моніторингу та оцінки виявлення конкретних перешкод, що перешкоджають досягненню цілей, і формулювання рекомендацій для подолання перешкод і під час подальшого планування їх необхідно враховувати.

Оцінка стратегічного плану відновлення, як правило, пов'язана з річним або дворічним звітним періодом, який має бути представлений у формі письмового звіту. Перевірки можуть відбуватися рідше і можуть бути пов'язані з більш широким процесом перевірок у певній країні. Зазвичай проводиться оціночна зустріч щороку, проміжний перегляд у середині періоду стратегічного плану та остаточний перегляд плану в кінці циклу. Останній етап – етап реалізації стратегічного плану – розкривається в розділі «Дії для відновлення (ACTOR)» рекомендацій BOO3. Він наказує реалізувати зусилля з відновлення, посилити їх відповідно до стратегічного плану, а також розвинути управлінський і лідерський потенціал для відновлення.

Рівень ділиться на дві частини: перша – створення повторюваного циклу впровадження «план – реалізація – оцінка» (уряд повинен керувати та координувати, об'єднуючи всі зацікавлені сторони, залучені до впровадження. Цей процес зазвичай синхронізується з плануванням і бюджетним графіком); друга – розвиток управлінських та управлінських можливостей відновлення (передбачається визначення ступеня управлінського впливу на процес відновлення. Адекватні управлінські та лідерські навички, які підтримують усі чотири фази процесу та необхідні для досягнення цілей стратегічного плану).

Розвиток управлінського та лідерського потенціалу є дуже важливим і постійним процесом під час реалізації загального стратегічного плану. Деякі інституції надають вказівки з цього приводу та надає вказівки з належної практики, які використовувалися для розвитку менеджменту та лідерства в реабілітаційних та інших закладах охорони здоров'я.

На етапі реалізації – зазвичай протягом трьох - п'яти років такий план формує основу для дій уряду та зацікавлених сторін у сфері реабілітації. Чіткий процес управління та механізм координації є важливими для забезпечення ефективної реалізації плану. Уряд, часто через відповідні структурні підрозділи, спеціалістів з реабілітації або координаторів, несе відповідальність за встановлення правил і процедур практичної реалізації цього процесу та залучення та участь усіх зацікавлених сторін у фазі адаптації та отримання зворотного зв'язку від оцінки ефективності виконання стратегічних та оперативних планів. Такий процес означає спільну відповідальність за результати та показує ефективність використання інвестицій в реабілітацію. У разі виникнення труднощів, форс-мажорних обставин або відхилень від плану влада та зацікавлені сторони можуть вчасно відреагувати та знайти компромісне рішення. Досягнення цілей стратегічного плану значною мірою залежить від здатності залучених осіб керувати відновленням людських і фінансових ресурсів.

Таким чином, зміцнення управління стягненням заборгованості та розбудова управлінської спроможності органів влади має розглядатися як пріоритет. Ми на основі аналізу підготували рекомендації щодо зміцнення лідерства у відновленні та управлінського потенціалу. Вони наведені на рисунку 3.5.

Охарактеризуємо наведені рекомендації щодо посилення управління медичною реабілітацією: під час реалізації відновлювальних заходів завжди необхідно приділяти увагу підвищенню особистого та фінансового потенціалу; відданий персонал із доступними фінансовими ресурсами має вирішальне значення у впровадженні змін; створення реабілітаційних відділень або навчання спеціальних реабілітаційних технічних експертів дозволяє державі ефективно управляти цією сферою; уряд відповідає за загальний розвиток реабілітації; для забезпечення ефективного управління реабілітацією доцільно встановити чітку організаційну структуру та конкретні механізми підзвітності; створення прозорої структури управління, яка включає організаційну схему з

розподілом ролей та відповідальності на різних рівнях, є практичним способом досягнення злагодженої роботи та конкретних результатів; розвиток реабілітації як напряму наукових досліджень сприяє розвитку технічного потенціалу та управлінських навичок у сфері реабілітаційно-оздоровчих послуг, які необхідно постійно оновлювати та розширювати; заохочення участі в різноманітних тренінгах, семінарах та короткострокових курсах професійного навчання, які сприяють розвитку професійних навичок і знань у сфері реабілітації, а також компетентності в управлінні персоналом; підтримка участі в регіональних або міжнародних зустрічах і конференціях також сприяє розвитку потреби у професійному розвитку, стимулює розвиток критичного мислення та покращує навички спілкування та взаємодії; створення реабілітаційних мереж, партнерства та альянсів заради реабілітації сприяє формуванню потужної системи реабілітації в державі, а також формуванню підходу, об'єднаного спільним баченням, спрямованого на покращення реабілітаційних послуг; наставництво сприяє розвитку лідерів у відновленні шляхом створення двостороннього потоку інформації між наставником і підопічним; наставництво формує глибші знання, навички та пристрасть, а також забезпечує індивідуальні потреби в інформації та заохочення; обмін експертами та досвідом між країнами сприяє передачі знань і технічного потенціалу, а також покращенню базового застосування теорії та практики; професійний розвиток реабілітологів потребує підготовки нинішніх і майбутніх керівників з колегами, які можуть презентувати, дискутувати та навчати в різних сферах, це сприяє розвитку поліфункціональної підготовки спеціалістів, навчанню комплексного підходу до вирішення проблем; навчальні поїздки є формою обміну та можуть сприяти отриманню глибокого досвіду у вивченні складних проблем; на основі вивчення подібних і відмінних функцій систем відновлення менеджери можуть навчитися прогнозувати появу викликів і небезпек, визначати їх переваги та можливу адаптацію до місцевих умов.

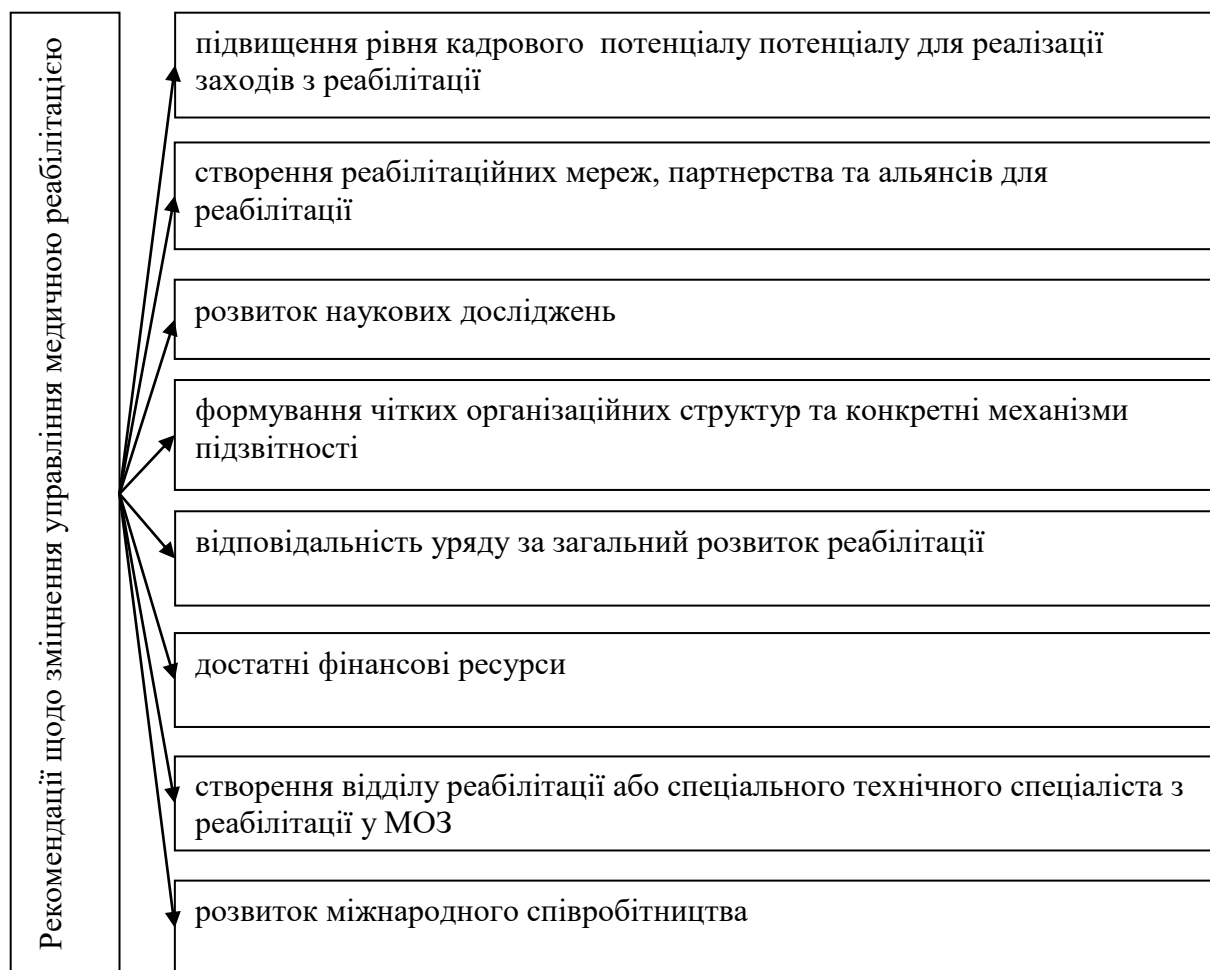


Рисунок 3.5 - Рекомендації щодо зміцнення управління медичною реабілітацією

Джерело: сформовано автором

Особливості інституційного забезпечення державного управління в частині нормативно-правової та організаційної складової показують проблемні питання організації реабілітації та надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я. Нами визначено, що забезпечення комплексного підходу до інтеграції біопсихосоціальної моделі реабілітації в систему охорони здоров'я, яка є багатоаспектною і включає законодавче регулювання, фінансування, організаційні заходи, підготовку кадрів, використання сучасних технологій, моніторинг ефективності, соціальну підтримку та міжнародне співробітництво є нагальним завданням, яке вимагає вирішення вже сьогодні.

ВИСНОВКИ

Дослідження проведені в кваліфікаційній роботі дозволили нам зробити наступні висновки. Нами вивчено сучасний стан державного управління у сфері медичної реабілітації. Зазначено, що поява нових чинників негативно вплинула на ефективність державного управління у цій сфері внаслідок процесу трансформації національної системи охорони здоров'я. На основі здійсненого аналізу терміну «державне управління медичною реабілітацією» ми дійшли висновку, що це комплексний вплив держави шляхом застосування політичних, економічних, соціальних, організаційних і правових засобів, практичних заходів, важелів, стимулів на суб'єкти національної системи охорони здоров'я, котрі здійснюють свою діяльність щодо забезпечення якнайповнішого відновлення втрачених внаслідок дії набутих чинників функцій, здібностей і здатностей індивідуума.

Вивчення стану реабілітаційних послуг доводить необхідність використання дієвих тригерів підвищення їх конкурентоспроможності, визначення напрямів активізації їх розвитку. До запропонованих тригерів можна віднести медіа та соціальні мережі адже прикладними засобами, що забезпечуватимуть процеси продукування, реалізації, просування пакету реабілітаційних послуг на ринку, є маркетингові стратегії.

Пріоритетні напрями удосконалення державного управління щодо забезпечення системи медичної реабілітації та рекреації в Україні, на нашу думку, вбачаються в наступному. Важливу роль у розумінні потреби розвитку реабілітаційної медицини посідає економічний фактор. Фінансові витрати на здійснення реабілітаційних заходів є прямими інвестиціями з високим рівнем рентабельності. Природні рекреаційні ресурси: кліматичні, ландшафтні, бальнеологічні, біотичні, грязьові, водні та інші компоненти є основними складовими формування продуктів медичної реабілітації, що мають споживчу вартість, та які мають використовуватися як засоби виробництва і предмети споживання для надання курортних послуг, оздоровлення населення й

підвищення якості життя. Необхідно виділяти фінансову підтримку тим закладам, які націлені на надання реабілітаційних послуг за спеціальними програмами для інвалідів, людей похилого віку й пільгових категорій громадян. Уряд в особі спеціально уповноваженого державного органу може взяти на себе функцію організації курортного продукту на міжнародному ринку. Основним джерелом фінансування має стати держбюджет.

Окрім обмеженого бюджетного фінансування у зв'язку з тим, що більшість видатків державного бюджету України спрямовується на військові потреби та активізації міжнародної співпраці, стратегічним вектором розвитку медичних закладів має стати залучення міжнародних фінансових ресурсів, благодійних та інвестиційних фондів, міжнародних інститутів розвитку, приватних фондів за допомогою інструментів краудфандингу та фандрейзингу. Цей метод особливо важливий для закладів охорони здоров'я, оскільки він надає безкоштовні та безповоротні ресурси, а також дає змогу реалізувати важливі для суспільства некомерційні проекти з реабілітації. Для залучення фінансових ресурсів, необхідних для реалізації потенційних проектів, спрямованих на реабілітацію в умовах війни та післявоєнної відбудови, медичним закладам можна використовувати ресурси наведені в кваліфікаційній роботі.

Покращення державного управління з медичної реабілітації ми пов'язуємо з стратегічними планами закладів охорони здоров'я які мають покращуватися за п'ятьма ключовими напрямками: якість медичної допомоги; доступ пацієнта; утримання працівників; диференціація ринку; вирівнювання ресурсів. У сфері охорони здоров'я успішне стратегічне планування має також включати чіткий зв'язок між поточними проектами та програмами, спрямованими на регулювання такими як профілактичні послуги та охорона здоров'я громади, стратегічними цілями організації такими як оцінка партнерства чи участі в системі охорони здоров'я, відповідно заходи, що використовуються для моніторингу успіху.

Особливості інституційного забезпечення державного управління в частині нормативно-правової та організаційної складової показують проблемні питання організації реабілітації та надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я. Нами визначено, що забезпечення комплексного підходу до інтеграції біопсихосоціальної моделі реабілітації в систему охорони здоров'я, яка є багатоаспектною і включає законодавче регулювання, фінансування, організаційні заходи, підготовку кадрів, використання сучасних технологій, моніторинг ефективності, соціальну підтримку та міжнародне співробітництво є нагальним завданням, яке вимагає вирішення вже сьогодні.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Безверхнюк Т.М., Бабова І.К. Забезпечення якості надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я: організаційно-методичний аспект. *Соціальна медицина*. 2022. Том XXVII / 4. URL: <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2022.4.271230> (дата звернення: 19.09.2024).
2. Берлінець І.А. Зарубіжний досвід у сфері медичної реабілітації: перспективи використання в Україні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2019. №4. URL: 10.32702/2307-2156-2019.4.100 (дата звернення: 01.01.2024).
3. Богданов С.Г. Державний механізм організації системи медичної реабілітації в Україні. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2020. В. 16. С. 40–46.
4. Війна дала поштовх для розвитку реабілітації, але є необхідність розробки підходів до реабілітації військових травм – експерти. *Interfax Україна: інформаційне агентство*. 2023. URL: <https://interfax.com.ua/news/pressconference/857050.html> (дата звернення: 21.12.2023).
5. Дослідження «Шлях пораненого: потреби, проблеми та бачення майбутнього». URL: <https://www.pryncyp.com/analytics/socziologichne-doslidzhennya-shlyah-poranenogo-potreby-problemy-tabachennya-majbutnogo/> (дата звернення: 21.12.2023).
6. Дослідження Української Гельсінської спілки з прав людини «Два роки під прицілом. Медичні та освітні заклади, з якими воює Росія». URL: https://www.helsinki.org.ua/wpcontent/uploads/2024/05/Press_Med_Osvit_CoverA4-1-1.pdf (дата звернення: 21.12.2023).
7. Жук Н. Напрями державної політики щодо забезпечення надання послуг з медичної реабілітації. *Collection of Scientific Papers with the Proceedings of the 1st International Scientific and Practical Conference «New Horizons in*

- Scientific Research: Challenges and Solutions» (October 21-23, 2024. Marseille, France). European Open Science Space, 2024. С.95-96.*
8. Жук Н.М. Зарубіжний досвід у сфері публічного упарвління медичною реабілітацією. *Сучасні аспекти та перспективні напрямки розвитку науки: матеріали VI Міжнародної студентської наукової конференції, м. Харків, 19 січня, 2024 рік / ГО «Молодіжна наукова ліга». Вінниця: ТОВ «УКРЛОГОС Груп», 2024. С. 66-67.*
 9. Кириченко Н. Реабілітаційні послуги: які вони нині в Україні та світі, і чи змінить ситуацію новий законопроект. *Життя. Українська правда: вебсайт*. URL: <https://life.pravda.com.ua/health/2020/08/5/241868/> (дата звернення: 21.12.2023).
 10. Конституція України від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80> (дата звернення: 21.12.2023).
 11. Крупа В. В. Зміст та значення медичної реабілітації у загальній підготовці фахівця з фізичної реабілітації. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету "Україна".* 2018. №1. С. 126-130.
 12. Малахов В.О., Кошелева Г.М., Родін О.В. Фізична та реабілітаційна медицина в Україні: проблеми та перспективи. *Проблеми безперервної медичної освіти та науки*. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Psmno_2016_1_3 (дата звернення: 01.01.2024).
 13. Мельниченко О.А., Моїсєєнко Л.В. Інституціональне забезпечення медико-соціальної реабілітації постраждалих унаслідок військової агресії. *Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення: матеріали V науково-практичної конференції з міжнародною участю, Харків, 28 жовтня 2022 р. Харків : ХНМУ, 2022. С. 174–176.*
 14. МОЗ започаткував проєкт «Реабілітаційна мапа України». URL: <https://moz.gov.ua/article/news/moz-zapochatkuvav-proekt-reabilitacijna-mapaukraini> (дата звернення: 15.09.2024).

- 15.Нагорянський А. О. Удосконалення державного управління системою медичної реабілітації як складової частини державної політики у сфері охорони здоров'я України. *Клінічна та профілактична медицина*, № 2(16)/2021. С.63-69.
- 16.Основи законодавства України про охорону здоров'я: закон України. URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.
- 17.Остролуцька Л.І. Концепції реабілітації в контексті системних, інституційних і історичних змін. *Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка*. 2020. № 2. С. 260–273.
- 18.Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я. Постанова Кабінету Міністрів України від 3.11.2021 р. № 1268. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-%D0%BF#Text> (дата звернення: 21.12.2023).
- 19.Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України щодо забезпечення допоміжними засобами реабілітації (технічними та іншими засобами реабілітації) осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані технічні та інші засоби реабілітації, їх переліку. Постанова Кабінету Міністрів України від 12.04.2022 р. № 454. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-vnesennya-zmin-do-deyakih-postanov-kabinetuministriv-ukrayini-shchodo-zabezpechennya-dopomizhnimi-zasobami-reabilitaciyitehnichnimi-ta-inshimi-zasobami-reabilitaciyi-osib-454> (дата звернення: 21.12.2023).
- 20.Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні: Закон України № 2462-VIII від 31.08.2018. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15> (дата звернення: 01.01.2024).
- 21.Про реабілітацію осіб з обмеженнями життєдіяльності : Проект Закону України від 16 червня 2020 р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/bills/proekt-zakonu-pro-reabilitatsiyu-osib-z-obmezhenniyami-zhittediyalnosti> (дата звернення: 19.09.2024).

22. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я. Закон України від 03.12.2020 р. № 1053-IX. URL: https://ips.ligazakon.net/document/T201053?ed=2020_12_03 (дата звернення: 10.01.2024).
23. Професор Айварс Ветра розповів про досвід переходу реабілітаційної медицини на мультидисциплінарну модель в країнах Балтії. Український католицький університет. URL: <https://ucu.edu.ua/news/profesor-ajvars-vetra-rozpoviv-pro-dosvid-perehodu-reabilitatsijnoyi-medytsyny-namultydyystyplina-rnu-model-v-krayinah-baltiyyi/> (дата звернення: 01.01.2024).
24. Реальні цифри набагато вищі: втрати серед цивільного населення України за даними ООН. URL: <https://www.slovoidilo.ua/2024/02/20/infografika/suspilstvo/realni-cyfry-nabahato-vyshhi-vtraty-sered-cyvilnoho-naselennya-ukrayiny-danyu-oon> (дата звернення: 01.10.2024).
25. Шевчук В.І., Яворовенко О.Б., Беляєва Н.М., Куриленко І.В., Андросова Н.С. Організація медичної реабілітації в провідних країнах світу. *Вісник проблем біології і медицини*. 2019. Вип. 1. Т. 2. С. 51–53.
26. Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/reports.html> (дата звернення: 01.09.2024).
27. Яремчук О., Берлінець І. Проблематика державного управління у сфері медичної реабілітації в процесі трансформування національної системи охорони здоров'я. *Демократичне врядування*. 2018. Вип. 21. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeVr_2018_21_13. (дата звернення: 01.01.2024).
28. Dolgich M. Regularities of reforming public administration mechanisms of the health care system in Ukraine in the context of the european dimension. *Public Administration and Law Review*. 2020. № 1. P. 67–77.
29. Gutenbrunner C. Principles of Assessment of Rehabilitation Services in Health Systems: Learning from experiences. *Journal of rehabilitation medicine: official journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2017. № 50. URL: https://www.researchgate.net/publication/318018552_

Principles_of_Assessment_of_Rehabilitation_Services_in_Health_Systems_Learning_from_experiences (дата звернення: 10.01.2023).

30. Gutenbrunner CBJ, Lains J, Melvin J, Nugraha B. Strengthening healthrelated rehabilitation services at national levels. *Rehabil Med*. 2018. № 50. P. 317–325.
31. Rehabilitation in health systems: guide for action. World Health Organization. Geneva: WHO, 2019. URL: <https://www.who.int/rehabilitation/en/> (дата звернення: 10.01.2023).
32. Usyk S. F. Features landmark sanatorium rehabilitation of the wounded limb in modern conditions. Abstract of Ph. D. dissertation, Medical sciences. K.: [s. n.], 2003. P. 22.