

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ЕКОНОМІКИ І МЕНЕДЖМЕНТУ
Кафедра публічного управління та адміністрування

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

другий (магістерський) рівень вищої освіти

на тему: Державна політика у сфері медичної реабілітації

Виконав:

Бондаренко Сергій Леонідович
здобувач вищої освіти
спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»
ОПП «Публічне управління та адміністрування»

**Науковий
керівник:**

Харченко Тетяна Олександрівна
Доктор наук з держ. упр., професор
кафедри публічного управління та адміністрування

Рецензент:

Нагорна Ксенія Олександрівна
Лікар загальної практики – сімейний лікар
КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги
№1» СМР

Суми – 2026

Факультет
Кафедра
Рівень освіти

Економіки і менеджменту
Публічного управління та
адміністрування
Другий (магістерський)

Спеціальність

281 «Публічне управління та
адміністрування» ОПП «Публічне
управління та адміністрування»

Зав. кафедри

ЗАТВЕРДЖУЮ:

Аліна БРИЧКО

«___» _____ 20 24 р.

ЗАВДАННЯ

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧЦІ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Бондаренко Сергій Леонідович

- 1.Тема кваліфікаційної роботи:** Державна політика у сфері медичної реабілітації
- 2. База практичного дослідження:** Управління охорони здоров'я Сумської міської ради
- 3. Науковий керівник:** Харченко Тетяна Олександрівна, д.н.з держ. упр., професор

затверджена наказом по університету «___» _____. № _____

4. Строк подання здобувачем закінченого проєкту (роботи)

5. Вихідні дані до кваліфікаційної роботи: первинні та зведені документи, статутні та установчі документи, звітність; монографії, фахові наукові статті та тези доповіді міжнародних науково-практичних конференцій з питань публічного управління та адміністрування

6. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити):

- визначити концептуальні засади державної політики у сфері медичної реабілітації в Україні;
- надати загальну характеристику стану реалізації державної політики в системі медичної реабілітації в Україні;
- проаналізувати результативність функціонування системи реабілітаційної допомоги у програмі медичних гарантій ;
- оцінити ефективність реабілітаційних програм в системі медичної реабілітації в Україні;
- визначити напрями впровадження інноваційних технологій в систему медичної реабілітації в Україні;
- удосконалити інтеграційно-координаційну модель системи реабілітації за участі мультидисциплінарних реабілітаційних команд;
- розробити інструменти кластерного підходу у сфері медичної реабілітації.

Завдання прийняв до
виконання

Дата отримання завдання

Підпис

Ім*я ПРИЗВИЩЕ

р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів	Примітка
1	Визначення об'єкту, предмету дослідження, формулювання мети та задач кваліфікаційної роботи, складання плану	<i>Листопад 2024</i>	виконано
2	Підбір та вивчення літературних джерел, законодавчої та нормативної бази	<i>Грудень 2024</i>	виконано
3	Узагальнення теоретичного матеріалу з обраної теми дослідження та представлення чорнового варіанту першого розділу кваліфікаційної роботи	<i>Лютий - Квітень 2025</i>	виконано
4	Збір та обробка фактичного матеріалу, узагальнення аналізу застосування досліджуваного питання на підприємстві (переддипломна практика)	<i>Травень 2025</i>	виконано
5	Оформлення теоретичної частини кваліфікаційної роботи, узагальнення аналітичної частини, захист звіту по переддипломній практиці	<i>Червень 2025</i>	виконано
6	Проектування напрямів вдосконалення досліджуваної проблеми	<i>Липень-Серпень 2025</i>	виконано
7	Завершення проектної частини кваліфікаційної роботи та подання попереднього варіанту третього розділу керівнику	<i>Вересень – Грудень 2025</i>	виконано
8	Доопрацювання аналітичного і проектного розділів кваліфікаційної роботи	<i>Січень 2026</i>	виконано
9	Оформлення кваліфікаційної роботи, та її подання на попередній захист та рецензування	<i>Лютий 2026</i>	виконано
10	Перевірка кваліфікаційної роботи на автентичність (подання роботи для перевірки на плагіат на кафедрі, до відділу якості освіти)	<i>Лютий 2026</i>	виконано
11	Подання закінченої роботи та документів до неї до деканату	<i>20 лютого 2026</i>	виконано
12	Захист кваліфікаційної роботи	<i>26 лютого 2026</i>	

Здобувач _____

***Сергій
БОНДАРЕНКО***

Науковий керівник _____

Тетяна ХАРЧЕНКО

АНОТАЦІЯ

Бондаренко С.Л. Державна політика у сфері медичної реабілітації .

Кваліфікаційна робота зі спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування», СНАУ, Суми-2026 р. – Рукопис.

В першому розділі кваліфікаційної роботи досліджено, що в сучасних умовах соціально-економічного розвитку України важливість реабілітації осіб з обмеженими можливостями стає дедалі більшою. Діюча інтеграційно-координаційна модель реабілітації передбачає створення комплексної системи, яка об'єднує медичні, соціальні, психологічні та освітні аспекти в єдиний координаційний механізм. Мета цієї моделі полягає в забезпеченні максимальної ефективності реабілітаційного процесу через індивідуалізацію підходів та мультидисциплінарну співпрацю між фахівцями різних галузей.

В другому розділі дослідження підтверджено, що у бюджеті послуг медичної реабілітації 2024 року на виплати за договорами на надання усіх реабілітаційних пакетів було передбачено 5021813433,7 грн., що складало 3,46 % від загального бюджету ПМГ-2024. 76,1 % від цих коштів (4 319 138 956,2 грн) одержали, у разі виконання договорів, ЗОЗ комунальної власності, а 23,1 % (645 979 823,0 грн) - приватні ЗОЗ. Порівняно із 2023 р., зросла як кількість надавачів РД (на 18,7 %), так і сума підписаних договорів (на 17,6 %). Визначено, що 65,5 % респондентів не використовували мобільні додатки для реабілітації, а лише 8,6 % застосовували онлайн-платформи, що свідчить про недостатню цифрову інтеграцію в цій сфері. Щодо доступності послуг, 47,4 % опитаних оцінили її як середню, тоді як 9,5 % зіткнулися зі значними труднощами в отриманні необхідної допомоги. При цьому 51,7 % респондентів відвідували медичні заклади раз на тиждень, а 20,7 % узагалі не зверталися по допомогу.

В третьому розділі кваліфікаційної роботи обґрунтовано мультидисциплінарний підхід у системі медичної реабілітації є одним із визначальних чинників ефективності надання допомоги особам з обмеженнями життєдіяльності. В Україні процес формування мультидисциплінарних реабілітаційних команд триває, проте існує низка структурних і функціональних проблем, що зумовлюють необхідність подальшого вдосконалення цієї системи. Серед основних викликів варто відзначити недостатню кількість профільних стаціонарних і амбулаторних відділень реабілітації, що істотно обмежує доступність реабілітаційної допомоги для широкого кола пацієнтів. Запропоновано до реалізації територіально виділений комплекс, який об'єднує в собі, окрім рекреаційної зони, навчальний заклад зі студентським містечком, університетську клініку та технопарк, що охоплює весь цикл здійснення інноваційної діяльності в напрямку відновлювальної медицини та біотехнологій.

Ключові слова: інтеграційно-координаційна модель, мультидисциплінарні реабілітаційні команди, державна політики.

SUMMARY

Bondarenko S.L. State policy in the field of medical rehabilitation.

Qualification work in the specialty 281 "Public management and administration", SNAU, Sumy-2026 - Manuscript.

The first section of the qualification work investigated that, in the current conditions of Ukraine's socio-economic development, the rehabilitation of persons with disabilities is becoming increasingly important. The current integration and coordination model of rehabilitation involves the creation of a comprehensive system that combines medical, social, psychological, and educational aspects into a single coordination mechanism. The purpose of this model is to ensure maximum efficiency in the rehabilitation process through individualized approaches and multidisciplinary cooperation among specialists from different fields.

The second section of the study confirmed that the 2024 budget for medical rehabilitation services provided UAH 5021813433.7 for payments under contracts for the provision of all rehabilitation packages, which was 3.46% of the total PMG-2024 budget. 76.1% of these funds (4,319,138,956.2 UAH) were received, in the event of contract execution, by municipally owned health care facilities, and 23.1% (645,979,823.0 UAH) by private health care facilities. Compared to 2023, both the number of RD providers (by 18.7%) and the amount of signed contracts (by 17.6%) increased. It was determined that 65.5% of respondents did not use mobile applications for rehabilitation, and only 8.6% used online platforms, which indicates insufficient digital integration in this area. Regarding service accessibility, 47.4% of respondents rated it as average, while 9.5% reported significant difficulties obtaining the necessary assistance. At the same time, 51.7% of respondents visited medical institutions once a week, and 20.7% did not seek help at all.

In the third section of the qualification work, it is substantiated that the multidisciplinary approach in the medical rehabilitation system is a determining factor in the effectiveness of providing assistance to persons with disabilities. In Ukraine, the process of forming multidisciplinary rehabilitation teams continues, but several structural and functional problems remain that necessitate further improvement of this system. Among the main challenges, the insufficient number of specialized inpatient and outpatient rehabilitation departments significantly limits the availability of rehabilitation care for a wide range of patients. A territorially allocated complex is proposed for implementation, combining, in addition to a recreational zone, an educational institution with a student campus, a university clinic, and a technopark, covering the entire cycle of innovative activities in the field of restorative medicine and biotechnology.

Keywords: integration and coordination model, multidisciplinary rehabilitation teams, public policy.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1. КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ.....	11
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ.....	21
2.1 Загальна характеристика стану реалізації державної політики в системі медичної реабілітації в Україні.....	21
2.2 Аналіз результативності функціонування системи реабілітаційної допомоги у програмі медичних гарантій	28
2.3 Оцінка ефективності реабілітаційних програм в системі медичної реабілітації в Україні	37
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ.....	48
3.1 Напрями впровадження інноваційних технологій в систему медичної реабілітації в Україні.....	48
3.2 Удосконалення інтеграційно-координаційної моделі системи реабілітації за участі мультидисциплінарних реабілітаційних команд	53
3.2 Впровадження інструментів кластерного підходу у сфері медичної реабілітації	60
ВИСНОВКИ.....	71
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	74
ДОДАТОК.....	79

ВСТУП

Актуальність теми. Сучасна система охорони здоров'я розглядається як комплекс державних та суспільних заходів, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я населення, а також продовження активного життя. Ці заходи мають правовий, соціально-економічний, науковий, культурно-освітній, організаційно-технічний, санітарно-гігієнічний та медичний характер. Здоров'я кожної людини є невід'ємною частиною загального добробуту, а здоров'я нації в цілому відіграє важливу роль у забезпеченні успішного розвитку суспільства, економічного зростання, соціальної захищеності та політичної стабільності.

Перспективи розвитку галузі охорони здоров'я включають заходи, спрямовані на покращення загального рівня здоров'я населення та зменшення показників смертності та інвалідності. Це досягається завдяки раціональному використанню ресурсів, солідарному принципу фінансування і підвищенню якості медичної допомоги. Зниження потреби в медичних послугах можливе через профілактику та раннє виявлення захворювань, контроль за їх перебігом та попередження негативних наслідків, а також стимулювання населення до здорового способу життя.

Реформування системи медичного обслуговування передбачає підвищення якості та доступності медичних послуг, особливо для дітей і матерів, з використанням сучасних технологій. Також акцент робиться на зниженні загальної захворюваності та смертності, забезпеченні профілактичної спрямованості охорони здоров'я та пропагуванні здорового способу життя. Важливою є розробка сприятливого регуляторного середовища для захисту здоров'я громадян і підприємництва, а також удосконалення кадрової політики та інноваційного розвитку медичної науки.

Державна політика у сфері реабілітації в Україні ґрунтується на стратегічних цілях, що забезпечують ефективну інтеграцію осіб з обмеженнями функціонування

в суспільство через комплексні реабілітаційні заходи. Основні завдання цієї політики спрямовані на створення умов для досягнення та підтримання оптимального рівня фізичного, психологічного та соціального функціонування осіб, які зазнали обмежень внаслідок стану здоров'я або інших чинників.

Ключовими елементами моделі реабілітації є мультидисциплінарні реабілітаційні команди, які надають допомогу за індивідуальними планами, адаптованими до конкретних потреб пацієнтів. Вони включають реабілітаційні заходи для осіб з вродженими або ранніми обмеженнями функціонування, ерготерапію, психологічну допомогу та терапію мови і мовлення.

Метою роботи є проведення оцінки державної політики у сфері медичної реабілітації та обґрунтування напрямів її удосконалення. Відповідно до обґрунтованої в кваліфікаційній роботі мети дослідження сформовано наступні завдання:

Предметом дослідження є теоретико-методологічні положення та практичні засади державної політики у сфері медичної реабілітації та обґрунтування напрямів її удосконалення.

Теоретичні і методологічні засади кваліфікаційного дослідження були сформовані на основі положень, категорій і концепцій публічного управління у сфері медичної реабілітації. Важливе значення мали базові основи та теоретичне підґрунтя оцінки стану надання послуг медичної реабілітації, формування напрямів удосконалення системи медичної реабілітації. Для оцінки державної політики у сфері медичної реабілітації та обґрунтування напрямів її удосконалення було використано аналіз і синтез, загальнонаукові методи і методи соціально-економічних досліджень, зокрема, абстрактно-логічний, статистико-аналітичні методи тощо.

Інформаційною базою дослідження стали монографії і науково-аналітичні статті вітчизняних та зарубіжних вчених, Internet-ресурси, матеріали дискусій на наукових конференціях, дані соціологічних досліджень, аналітичні розробки та довідки, особистості спостереження автора.

Наукова новизна одержаних результатів роботи полягає в обґрунтуванні інструментів кластерного підходу у сфері медичної реабілітації, спрямованих на

розвиток та оптимізацію сфери медичної реабілітації в регіоні шляхом об'єднання різних гравців галузі в єдиний узгоджений кластерний механізм.

Практична значущість одержаних результатів роботи виражене в тому, що автором надано оцінку результативності державної політики у сфері медичної реабілітації, визначено фактори, котрі здійснюють найбільший вплив на функціонування інтеграційно-координаційної моделі системи реабілітації. Вказані розробки мають практичну цінність та актуальність для удосконалення оцінки державного регулювання організації надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні.

Основні положення і результати наукових досліджень пройшли апробацію на двох міжнародних науково-практичних конференціях:

Бондаренко С.Л. Державна політика в сфері реабілітації в Україні. *Актуальні проблеми науки, освіти і технологій в XXI столітті: збірник тез доповідей міжнародної науково-практичної конференції* (Полтава, 19 червня 2025 р.). Полтава: ЦФЕНД, 2025. С. 78-80.

Бондаренко С.Л. Удосконалення державного регулювання реабілітаційної допомоги в системі охорони здоров'я. Інноваційні вектори розвитку економіки, фінансів і права в умовах глобалізації та регіональних трансформацій: збірник тез доповідей міжнародної науково-практичної конференції (Черкаси, 10 вересня 2025 р.). Черкаси: ЦФЕНД, 2025. С. 80-84.

Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Основний зміст роботи викладено на 73 сторінках комп'ютерного тексту. Список використаних джерел нараховує 38 найменувань. Робота містить 10 таблиць, 10 рисунків, додаток.

РОЗДІЛ 1

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІ В УКРАЇНІ

Політика реабілітації уряду України спрямована на інтеграцію міжнародних стандартів, зокрема стандартів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), у національну програму. У цьому процесі ключову роль відіграє Експертний комітет ВООЗ з питань реабілітації, який постійно вдосконалює методологію та цілі в рамках міжнародної стратегії «Глобальне здоров'я для 21 століття». Ключовим документом у цьому напрямку є «Реабілітація 2030: Заклик до дії», який визначає основні напрямки розвитку реабілітаційної політики на найближчі роки [42-44]. Як активний учасник цього процесу, Україна першою серед країн подала 3-тє видання Білої книги з фізичної терапії та реабілітації, яка відображає позицію європейських експертів щодо планування європейської системи реабілітації.

Основними цілями реабілітаційної політики України є розвиток інфраструктури та забезпечення рівного доступу до реабілітаційних послуг. Це включає активні дослідження та наукові розробки К. Бабова, І. Бабової, І. Берлінця та інших вітчизняних вчених і фахівців у галузі реабілітації. Наукові дослідження стосуються таких важливих питань, як державне фінансування, розширення реабілітаційних можливостей санаторіїв та курортів, а також допомога людям, які постраждали від бойових дій та надзвичайних ситуацій.

Правова база у сфері реабілітації постійно змінюється. У 2016 році було подано законопроекти з метою створення системи профілактики та реабілітації інвалідності, а з 2019 року Міністерство охорони здоров'я України активно працює над забезпеченням законодавчої та нормативної підтримки, включаючи державні гарантії фінансування реабілітаційних послуг.

Координація діяльності між учасниками процесу реабілітації та ефективний розподіл ресурсів залишаються одним з основних викликів. Необхідно науково обґрунтувати системну систему державного управління

медичною реабілітацією, яка усуне існуючі проблеми та дозволить якісно впроваджувати реформи у цій сфері.

Система реабілітації України потребує серйозних реформ. Відсутність єдиної системи реабілітаційних послуг, що охоплює всі етапи та рівні медичної допомоги, означає, що багато людей залишаються поза сферою важливих реабілітаційних заходів.

У рамках реформи охорони здоров'я важливим кроком до включення послуг медичної реабілітації до схеми медичних гарантій стало прийняття Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Ці зміни створюють передумови для розробки державного механізму організації системи реабілітації відповідно до міжнародних стандартів.

Сучасна система охорони здоров'я розглядається як комплекс державних та громадських заходів, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я населення та продовження його працездатного життя. Ці заходи мають правовий, соціально-економічний, науковий, культурно-освітній, організаційно-технічний, санітарно-гігієнічний та медичний характер. Здоров'я кожної людини є важливою складовою загального благополуччя, а здоров'я нації відіграє важливу роль у забезпеченні успішного розвитку суспільства, економічного зростання, соціальної безпеки та політичної стабільності.

Перспективи розвитку галузі охорони здоров'я включають заходи, спрямовані на покращення загального стану здоров'я населення, зниження смертності та інвалідності. Це досягається завдяки раціональному використанню ресурсів, принципу солідарності у фінансуванні та покращенню якості медичної допомоги. Зменшення потреби в медичній допомозі можливе завдяки профілактиці захворювань, їх ранньому виявленню, моніторингу їх перебігу, запобіганню несприятливим наслідкам, а також заохоченню людей до здорового способу життя.

Удосконалення системи охорони здоров'я передбачає підвищення якості та доступності медичної допомоги, особливо для дітей та матерів, з використанням сучасних технологій. Увага також приділяється зниженню захворюваності та смертності загалом, забезпеченню профілактичної спрямованості медичних

послуг та пропаганді здорового способу життя. Важливо створити сприятливе регуляторне середовище для захисту здоров'я громадян та бізнесу, а також удосконалити кадрову політику та розвиток інновацій у медичній науці.

Таблиця 1.1 - Стратегічні напрямки розвитку медичної реабілітації в системі охорони здоров'я

Напрямок розвитку	Опис	Стратегічні цілі	Заходи для досягнення
Покращення здоров'я населення	Орієнтація на зниження захворюваності, смертності та інвалідності через раціональне використання ресурсів і підвищення якості медпослуг	Зниження рівня смертності та первинної інвалідизації населення	Профілактика захворювань, раннє виявлення, підвищення якості медпослуг, мотивація до здорового способу життя
Профілактика та раннє виявлення захворювань	Створення умов для ранньої діагностики, профілактики захворювань, попередження їх ускладнень	Зниження потреби в медичних послугах	Розвиток громадського здоров'я, контроль за захворюваннями, підтримка профілактичних заходів, впровадження системи реабілітації
Реформування медичного обслуговування	Перетворення системи охорони здоров'я відповідно до сучасних стандартів і потреб населення	Підвищення доступності та якості медпослуг	Модернізація інфраструктури, впровадження новітніх медичних технологій, підвищення кваліфікації медпрацівників
Підвищення якості медичних послуг	Забезпечення високих стандартів надання медичної допомоги для різних категорій населення	Покращення рівня здоров'я дітей, матерів, загального населення	Впровадження інновацій, модернізація обладнання, підготовка кадрів
Формування здорового способу життя	Стимулювання громадян до активного способу життя та відповідального ставлення до власного здоров'я	Пропаганда здорового способу життя	Освітні кампанії, програми підтримки фізичної активності, популяризація профілактичних заходів
Сприяння науковим дослідженням	Підтримка наукових розробок у галузі охорони здоров'я, вивчення нових методів лікування та профілактики	Розвиток інноваційної медичної науки та досліджень	Проведення наукових досліджень, впровадження їх результатів у практику, розробка нових стратегій мінімізації ризиків захворювань
Фінансування системи охорони здоров'я	Забезпечення ефективного та прозорого фінансування системи медичної допомоги	Створення фінансово стійкої системи надання медичних послуг	Впровадження механізмів фінансування, орієнтованих на якість медичних послуг, ефективне використання бюджетних коштів
Кадрове забезпечення охорони здоров'я	Підвищення кваліфікації медичних працівників та забезпечення достатньої кількості фахівців для системи охорони здоров'я	Удосконалення кадрової політики	Розвиток системи підготовки та перепідготовки медичних кадрів, підвищення рівня професійної підготовки, забезпечення ефективної системи мотивації
Сприятливе середовище для здоров'я	Створення умов, безпечних для життя та здоров'я населення	Забезпечення безпеки здоров'я населення, створення сприятливого середовища для життя	Удосконалення нормативно-правової бази, запровадження механізмів контролю за дотриманням санітарних норм, формування відповідального ставлення

Для досягнення цих стратегічних цілей необхідно вдосконалити регуляторну систему, забезпечити безперервність охоронних заходів протягом усього життєвого циклу, впровадити сучасні технології для зниження ризику захворювань та створити сприятливе середовище для здоров'я [20]. Також необхідно інтегрувати державні програми охорони здоров'я в єдиний

національний план, удосконалити механізм фінансування медичних послуг, підвищити рівень освіти медичних працівників та стимулювати наукові дослідження в галузі громадського здоров'я та профілактики захворювань.

Очікується, що реалізація цих заходів призведе до зниження дитячої та материнської смертності, передчасної смертності та смертності від туберкульозу. Однак існують ризики, які можуть вплинути на реалізацію державної політики, такі як поглиблення економічної кризи, недостатнє фінансування та можливі зміни в політичній орієнтації уряду. Тому в таблиці 1.1 наведено основні напрямки розвитку системи охорони здоров'я, стратегічні цілі та заходи щодо їх досягнення [34; 39].

Державне управління системою реабілітації є невід'ємною частиною національної політики охорони здоров'я. О. Яремчук та І. Берлінець визначили державне управління системою реабілітації як сукупність державного впливу з використанням різних політичних, економічних, соціальних та правових інструментів. Головна мета – відновлення функцій людини, втрачених внаслідок хвороби чи травми, з метою відновлення її здібностей на максимально можливому рівні.

Зокрема, Т. Коваленко зазначала, що державне управління системою реабілітації має бути спрямоване на забезпечення права громадян на лікування та відновлення здоров'я через діяльність державних органів, місцевого самоврядування, а також спеціалізованих організацій та установ [46]. Розглядаючи систему реабілітації як складне поняття державних, соціальних, економічних, медичних та професійних заходів, ми пропонуємо бачення державного механізму організації цієї системи. З організаційної точки зору, цей механізм включає організаційно-правові норми, що регулюють відносини між особами, залученими до реабілітаційної діяльності (державні органи, фонди, організації різних форм власності) та дозволяють реалізовувати державну політику в цій сфері.

З функціональної точки зору, ця система включає комплекс державних адміністративних заходів, спрямованих на створення середовища для ефективного надання реабілітаційних послуг на всіх рівнях медичної допомоги,

а також на забезпечення адміністративної, економічної, правової та інформаційної підтримки процесу реабілітації.

Політика уряду України у сфері реабілітації базується на стратегічній меті ефективної інтеграції людей з функціональними обмеженнями в суспільство шляхом комплексних реабілітаційних заходів [51]. Головною метою цієї політики є створення середовища для досягнення та підтримки оптимального рівня фізичного, психологічного та соціального функціонування людей, які відчують обмеження через стан здоров'я або інші фактори.

Основними компонентами системи реабілітації є багатoproфільні реабілітаційні команди, які надають послуги за індивідуальними планами, розробленими з урахуванням конкретних потреб пацієнтів. До них належать реабілітаційні заходи для людей з вродженими або набутими функціональними обмеженнями, трудотерапія, психологічна підтримка та логопедія.

Політика уряду України у сфері реабілітації базується на комплексному підході відповідно до Конституції та національного законодавства з урахуванням міжнародних стандартів [45]. Головною метою цієї політики є забезпечення людей з інвалідністю у повсякденній діяльності доступом до якісних реабілітаційних послуг, що сприяють їх поверненню до трудового життя та покращують якість їхнього життя.

Стратегія реабілітації України спрямована на створення ефективної системи реабілітаційних послуг, яка включає широкий спектр послуг, від медичних до соціальних. Основними цілями є покращення інфраструктури реабілітаційних установ, підвищення кваліфікації спеціалістів та забезпечення сучасними технологіями та підтримка у відновленні працездатності осіб.

Модель реабілітаційних послуг в Україні базується на індивідуальному підході до кожної людини [21-23]. Вона передбачає розробку індивідуального плану реабілітації з урахуванням потреб та можливостей пацієнта, а також тісну співпрацю між медичними, соціальними та іншими організаціями. Основну роль у цій системі відіграє команда мультидисциплінарних спеціалістів, які забезпечують комплексний реабілітаційний підхід.

Таким чином, державна політика реабілітації спрямована на покращення соціального захисту людей з інвалідністю шляхом забезпечення їх високого рівня інтеграції в суспільство та рівного доступу до реабілітаційних послуг.

У сучасних умовах соціально-економічного розвитку України реабілітація людей з інвалідністю набуває дедалі більшого значення. Запропонована модель інтегрованої та скоординованої реабілітації передбачає створення комплексної системи, яка поєднує медичні, соціальні, психологічні та освітні компоненти (рисунок 1.1).



Рисунок 1.1 - Інтеграційно-координаційна модель реабілітації в Україні

Джерело: [17]

Метою цієї системи є забезпечення найвищої ефективності реабілітаційного процесу шляхом індивідуалізації методів та міждисциплінарної співпраці між фахівцями різних галузей [32-35]. Головною особливістю цієї системи є індивідуальний підхід до кожного пацієнта. Цей підхід передбачає розробку індивідуального плану реабілітації, який враховує не лише фізичні, а й психологічні, соціальні та освітні потреби. Мультидисциплінарна команда, що

складається з лікарів, психологів, фізіотерапевтів, соціальних працівників та педагогічних спеціалістів, працює над досягненням єдиної мети – повернення пацієнта до трудового життя. Важливою складовою успішної реабілітації є активна участь пацієнта та його родини, що підвищує їхню мотивацію та відповідальність за власне здоров'я. Ця модель включає кілька основних компонентів. Медична реабілітація спрямована на відновлення втрачених функцій організму за допомогою фізіотерапії, трудотерапії та інших методів. Психологічна реабілітація спрямована на підтримку психоемоційного стану пацієнтів, подолання травматичного досвіду та адаптацію до нових життєвих умов. Соціальна реабілітація спрямована на інтеграцію людей з інвалідністю в суспільство, допомогу в подоланні соціальної ізоляції та пошук роботи. Професійна реабілітація допомагає відновити професійні навички або набути нових навичок, а освітня реабілітація забезпечує доступ до доступної освіти, яка відповідає потребам пацієнтів [68].

На нашу думку, для впровадження інтегрованої та скоординованої системи реабілітації в Україні необхідно створити спеціалізовані центри інтеграції реабілітації (CIP), які включають усі компоненти реабілітаційного процесу в єдиний комплекс. Управління реабілітаційними послугами має здійснюватися на рівні Міністерства охорони здоров'я та Міністерства соціальних справ та сім'ї за активної підтримки місцевих органів влади. Також необхідно впровадити Національну інформаційну систему реабілітації (НІС), яка буде базою даних пацієнтів та спеціалістів, що взаємодіють у процесі реабілітації.

Інтегрована та скоординована система реабілітаційних послуг, розроблена в Україні, – це комплексний підхід, спрямований на забезпечення ефективної реабілітації людей, які потребують відновлення після травм, захворювань чи інших інвалідностей. Він базується на комплексній оцінці фізичного стану пацієнта, його психологічних та соціальних потреб. Перший етап сприяє розробці індивідуального плану реабілітації, який визначає цілі, завдання та конкретні види реабілітаційних послуг. Процес реабілітації реалізується шляхом надання різноманітних послуг: медичних, психологічних, соціальних та професійних. Кожен із цих компонентів спрямований на відновлення

функціональних здібностей пацієнта, що дуже важливо для його повернення до активного життя [74]. Одним із важливих компонентів цієї системи є моніторинг результатів реабілітаційних заходів, що дозволяє регулярно контролювати ефективність виконання плану та, за необхідності, коригувати його.

Крім того, важливу роль у цій системі відіграє освітній та навчальний процес пацієнта, дозволяючи йому забезпечити його готовність до соціальної інтеграції. Психологічна підтримка, включаючи підтримку родини, друзів та спеціалістів, є важливою частиною цього процесу, оскільки сприяє покращенню соціальної адаптації особистості.

Ця система передбачає активну участь пацієнта в житті суспільства, що підвищує його соціальну активність та дозволяє йому використовувати внутрішні ресурси. Інтеграція в суспільство, зокрема коригування соціальних норм та цінностей, є завершальним етапом процесу реабілітації та дозволяє пацієнту досягти стабільності та незалежності.

Таким чином, система управління та контролю, що впроваджується на державному та місцевому рівнях, забезпечує координацію різних послуг та ресурсів, необхідних для успішної реабілітації. Ця система інтеграції та координації є гнучким та потужним підходом, який орієнтований на індивідуальні потреби пацієнтів та підтримує їхню реабілітацію та повноцінну інтеграцію в суспільство.

Головною метою цієї системи є не лише відновлення фізичного функціонування пацієнтів, а й забезпечення їх соціальної адаптації та інтеграції в суспільство. Інтегруючи медичний, соціальний та психологічний компоненти в єдину систему, можна досягти високих результатів у реабілітації, зокрема у зниженні інвалідності, покращенні якості життя та підвищенні рівня соціальної активності. Крім того, моніторинг та оцінка результатів реабілітаційних заходів сприяє не лише індивідуальному коригуванню реабілітаційної програми, а й удосконаленню системи охорони здоров'я в цілому. Важливо також забезпечити підготовку кваліфікованих медичних спеціалістів, які впроваджуватимуть цю систему на практиці.

Впровадження інтегрованої та скоординованої системи реабілітації в Україні є важливим кроком до створення ефективної системи підтримки людей, які потребують реабілітаційних послуг [29]. Запропонована нами система не лише покращить якість життя окремих пацієнтів, але й буде важливим фактором соціального розвитку та стабільності в суспільстві. Таким чином, завершуючи огляд державної політики у сфері реабілітації в Україні, можна зробити низку наукових висновків, які підкреслюють важливість системного підходу до цього питання.

По-перше, стратегія державної політики у сфері реабілітації повинна базуватися на комплексному інтегрованому підході, який включав би не лише медичні, а й соціальні, економічні та психологічні фактори, що суттєво впливають на процес відновлення осіб після хвороб та травм.

По-друге, основними цілями реабілітаційної політики повинні й надалі бути підвищення доступності та якості реабілітаційних послуг, зниження інвалідності та смертності, а також сприяння інтеграції людей з інвалідністю в суспільство. Цих цілей можна досягти шляхом розробки системи конкретних цілей, включаючи вдосконалення правової бази, впровадження нових технологій у процес реабілітації, а також активну участь громадських організацій у моніторингу та оцінці реабілітаційних послуг.

По-третє, розроблена система реабілітації повинна слугувати основою для реалізації державної політики, що забезпечує інтеграцію різних секторів, залучених до надання реабілітаційних послуг. Модель повинна враховувати індивідуальні потреби пацієнтів, сприяти створенню мережі спеціалістів, які забезпечують комплексний реабілітаційний підхід, та включати системи моніторингу та оцінки ефективності реабілітаційних програм.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ

2.1 Загальна характеристика стану реалізації державної політики в системі медичної реабілітації в Україні

Новітній цикл становлення вітчизняної галузі реабілітації бере свій початок з 2014 року, ставши наслідком системної перебудови медичної сфери та інтеграції засад громадського здоров'я в державну політику. У цей період було сформовано фундаментальну нормативно-правову базу, яка інтерпретує реабілітаційний процес як багатогранну послугу, що поєднує в собі медичний, психологічний, соціальний та професійний аспекти. Відповідно до офіційної звітності Міністерства охорони здоров'я України, сучасна інфраструктура надання допомоги структурована за декількома ієрархічними рівнями (рисунок 2.1).

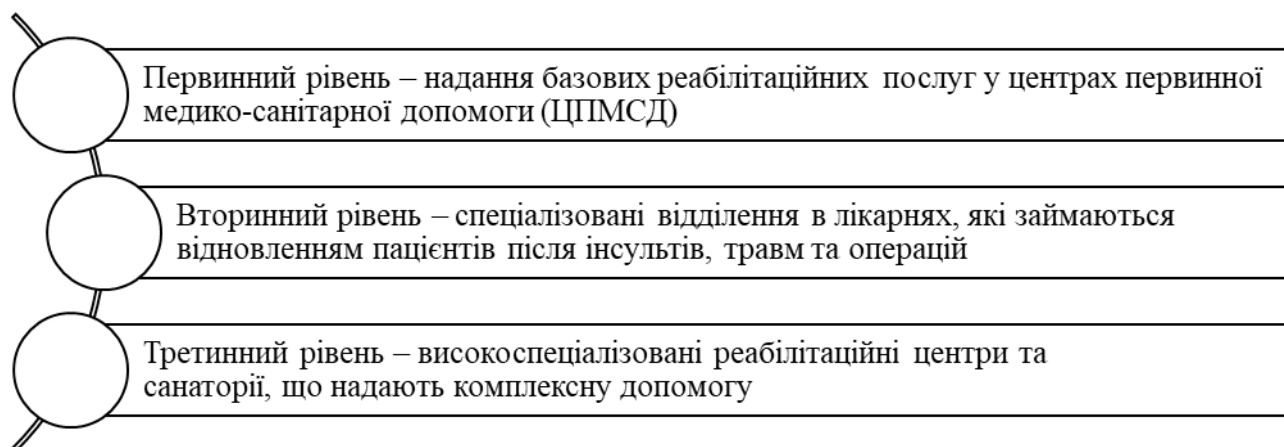


Рисунок 2.1 – Рівні реалізації реабілітаційної допомоги

Джерело: згруповано автором за даними [12]

Відповідно до структурної ієрархії системи реабілітації в Україні, встановлено чітку класифікацію її категорій, регламентовано часові межі проведення заходів, а також визначено перелік установ, уповноважених надавати відповідні послуги (таблиця 2.1).

Таблиця 2.1 – Категорії надання реабілітаційних послуг та їх характеристика

Категорії реабілітації	Термін	Місця надання послуг
Спеціалізована високоінтенсивна реабілітація	Розпочинається в гострому періоді і продовжується в підгострому періоді	Реабілітаційні лікарні, центри, відділи та відділення, медичні установи, що надають реабілітаційні послуги у рамках стаціонарного, амбулаторного та денного лікування. Спеціалізовані психіатричні лікарні, відділення з програмами інтенсивної реабілітації
Реабілітація, інтегрована в загальний спектр медичних послуг у сфері третинної та вторинної ланок системи охорони здоров'я	Проводиться протягом короткого періоду при наданні медичної допомоги під час гострої або підгострої стадії порушення	Лікарні та стаціонари третього та другого рівнів (широкого профілю та спеціалізовані)
Реабілітація, інтегрована у первинну медико-санітарну допомогу	Надається у будь-якому періоді надання медичної допомоги (гострому, підгострому та довгостроковому)	Центри первинної медико-санітарної допомоги, одно- та багатопрофільні лікарські кабінети і місцеві лікувально-профілактичні заклади
Реабілітація на рівні громад, які можуть надаватися спеціальною програмою або в рамках загальних програм охорони здоров'я на місцевому рівні	Надається на місцевому рівні (вдома, на робочих місцях, у школах, у громадських центрах, у місцевих центрах здоров'я, ЛПЗ та медичних пунктах)	За місцем проживання та роботи, у школах, дитячих установах, центрах дозвілля, установах довгострокового догляду, хоспісах, громадських центрах, медичних центрах, ЛПЗ та клініках
Неформальна та самостійна реабілітація, що здійснюється на рівні громад	Використовується при відсутності реабілітаційного або медичного персоналу та додатково до послуг реабілітаційних структур	За місцем проживання та роботи, а також у школах, оздоровчих клубах, санаторно-курортних закладах, басейнах, громадських центрах та установах довгострокового догляду

Джерело: згруповано автором за даними [12]

Параметри надання реабілітаційної допомоги, систематизовані у таблиці 2.1, обґрунтовують доцільність розбудови відповідної мережі закладів у контексті впровадження загальнодержавної стратегії. Нижче наведено детальний аналіз динаміки та сучасного стану функціонування системи реабілітації в Україні протягом 2022–2024 років.

Таблиця 2.2 – Динаміка зміни стан розвитку реабілітаційної допомоги в Україні, 2022-2024 р.

Показник	2022 рік	2023 рік	2024 рік	Відхилення 2024 р. до 2022 р., +/-
Кількість реабілітаційних відділень у лікарнях, од.	170	190	210	123,5
Кількість реабілітаційних центрів, од.	75	85	95	126,7
Частка пацієнтів, які пройшли реабілітацію (%)	50	55	60	120,0
Фінансування реабілітації (млн грн)	900	1100	1300	144,4

Джерело: розраховано автором

Аналіз наведених показників демонструє позитивну динаміку розширення мережі реабілітаційних центрів і профільних відділень протягом окресленого періоду, що супроводжувалося інтенсифікацією бюджетного фінансування. Такі тенденції підтверджують поступове покращення інклюзивності реабілітаційних сервісів та зростання їхньої якісних характеристик. Водночас наявна потужність інфраструктури залишається недостатньою для повного задоволення суспільного запиту, що зумовлює актуальність наступних проблемних аспектів:

✓ Диспропорційність ресурсного розподілу — концентрація спеціалізованих потужностей переважно у великих урбаністичних центрах спричиняє територіальну обмеженість послуг для мешканців сільської місцевості.

✓ Кадровий дефіцит — гостра нестача кваліфікованих фахівців з реабілітації та недостатня кількість сформованих мультидисциплінарних команд.

✓ Слабкий рівень міжгалузевої інтеграції — дефіцит механізмів чіткої координації між медичною ланкою та системою соціального захисту.

Зіставлення вітчизняного досвіду з практикою європейських держав (таблиця 2.3) вказує на вищий рівень зрілості систем реабілітації в ЄС, що досягається завдяки реалізації цілісного підходу та стабільно високим обсягам інвестицій у галузь.

Таблиця 2.3 – Характеристика систем реабілітації України та ЄС

Критерій	Україна	Європейські країни (середнє значення)
Частка ВВП, що виділяється на реабілітацію, %	1,2	3,5
Кількість реабілітаційних центрів на 100000 осіб, од.	0,3	1,2
Середня тривалість реабілітаційного курсу, днів	14	21
Доступність послуг у сільській місцевості, %	35	75

Джерело: згруповано автором за даними

Результати порівняльного аналізу, систематизовані у таблиці 2.3, ілюструють суттєву диспропорцію між станом вітчизняної системи реабілітації та стандартами європейських держав. Оцінка ключових параметрів — від інституційної забезпеченості до фінансових інструментів — підтверджує необхідність подальшої імплементації європейського досвіду в українську практику.

Першочерговим детермінантом розвитку галузі виступає частка ВВП, спрямована на реабілітаційний сектор. В Україні цей показник зафіксовано на рівні 1,2%, що значно поступається середньоєвропейському значенню у 3,5%. Така амплітуда фінансування свідчить про пріоритетність даного напрямку в державній політиці та обґрунтовує гостру потребу в залученні додаткових інвестицій для модернізації послуг.

Наступним критичним аспектом є щільність мережі профільних закладів. На вітчизняних теренах показник кількості центрів на 100 тис. населення становить лише 0,3, тоді як у країнах ЄС він сягає 1,2 [5, с. 39-40]. Дефіцит спеціалізованих установ створює бар'єри для інклюзивного доступу громадян до відновлювальних заходів та знижує загальну ефективність системи.

Експозиція реабілітаційного курсу в Україні в середньому обмежується 14 днями, що суттєво менше за європейський стандарт, який становить 21 день [29]. Пролонгація термінів терапії в державах Євросоюзу сприяє більш комплексному та стійкому відновленню соматичного, ментального та соціального статусів пацієнтів.

Вагомим викликом залишається нерівність у забезпеченні послугами мешканців сільських територій. В Україні лише 35% сільського населення охоплено реабілітаційною допомогою, на відміну від 75% у країнах Європи [30]. Дана статистика актуалізує проблему географічного дисбалансу та потребує розробки дієвих механізмів наближення реабілітаційних сервісів до громад поза межами великих агломерацій.

Підсумовуючи, можна стверджувати, що генезис реабілітаційної галузі в Україні пройшов трансформаційний шлях від початкових методик фізичної рекреації до формування цілісної інституційної архітектури. Попри позитивну динаміку сучасного етапу, що виражається в екстенсивному зростанні мережі закладів та обсягів бюджетних асигнувань, результати компаративного аналізу з країнами ЄС актуалізують потребу в подальшій модернізації вітчизняної системи.

У цьому контексті стратегічного значення набуває впровадження міждисциплінарної парадигми, що консолідує зусилля експертів у сферах медицини, психології та соціального забезпечення. Ґрунтовна рефлексія наукового доробку має стати фундаментом для імплементації найбільш результативних стандартів реабілітаційного процесу. Водночас моніторинг глобальних та локальних наукових трендів дозволить оперативно коригувати державні пріоритети. Адаптація міжнародного досвіду до національних реалій є ключовим інструментом нівелювання територіальних і ресурсних диспропорцій.

Доведено, що інтеграційні моделі, засновані на європейських протоколах, суттєво детермінують результативність відновлювальних заходів [8–15]. Синергія фахівців різного профілю — від лікарів та фізіотерапевтів до ерготерапевтів і психологів — забезпечує комплексний вплив на пацієнта, що корелює з високими показниками терапевтичного успіху.

Разом з тим, недостатній рівень професійної компетенції персоналу та обмеженість матеріально-технічної бази окремих інституцій провають фрагментарність або дублювання сервісів. Життєздатна модель реабілітації має базуватися на принципах мультидисциплінарності, що передбачає тісну взаємодію між секторами охорони здоров'я, освіти, соціального захисту та

неурядовими організаціями [11; 12]. Релевантний світовий досвід підтверджує, що саме міжсуб'єктна координація виступає базовим чинником забезпечення якості та інклюзивності послуг [10].

Логічним завершенням аналізу стала розробка структурної моделі взаємодії ключових агентів в інтегрованій системі реабілітації (рисунок 2.1).

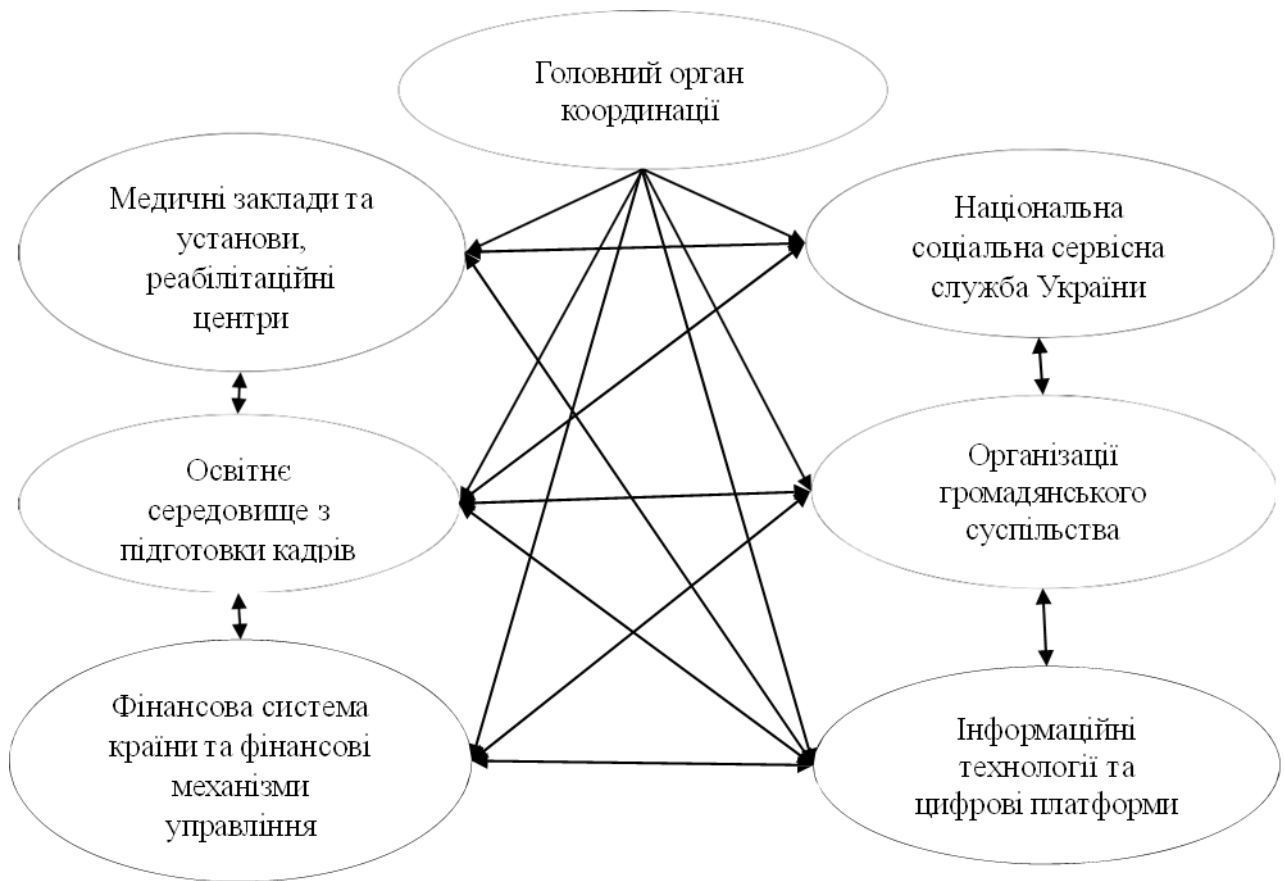


Рисунок 2.1 - Структурна модель взаємодії суб'єктів інтегрованої системи реабілітації

Джерело: побудовано автором за даними [15]

Запропонована структурна модель ілюструє архітектуру взаємозв'язків між ключовими суб'єктами реабілітаційної системи України, де фундаментальними елементами виступають. Центральний координаційний орган, який виступає стратегічним регулятором, який визначає вектор державної політики, здійснює нормативно-правове забезпечення, адміністрування фінансових потоків та встановлення галузевих стандартів.

Інституційна конвергенція медичних та соціальних служб, що передбачають тісну інтеграцію лікувальних установ, реабілітаційних центрів і

санаторіїв із органами соціального захисту. Такий підхід зумовлений двовекторною природою відновлення, що поєднує фізіологічну та соціокультурну адаптацію. Освітня та професійна складова, котра виконує подвійну функцію — від підготовки висококваліфікованого медичного персоналу до професійної реінтеграції пацієнтів (передусім ветеранів та осіб з обмеженими фізичними можливостями) у суспільне життя.

Фінансово-економічні механізми, що безпосередньо гарантують стабільність ресурсного забезпечення через диверсифіковані канали — державне бюджетування, страхові інструменти та залучення коштів міжнародних донорських організацій. Цифрова екосистема, котра базується на використанні ІТ-рішень та цифрових платформ для ведення електронного обліку, оперативного обміну даними між експертами та об'єктивного моніторингу результативності терапевтичного втручання. Інститути громадянського суспільства через громадські об'єднання та правозахисні організації відіграють роль незалежного контролера, що забезпечує захист прав пацієнтів та проводить моніторинг якості надання реабілітаційних сервісів.

Отже, представлена модель акцентує увагу на критичній важливості посилення міжвідомчої взаємодії та необхідності розбудови уніфікованого діджиталізованого середовища для безперешкодної комунікації між медичними, соціальними та освітніми ланками. Разом із цим, фінансова стратегія має бути спрямована на подолання регіональних диспропорцій для забезпечення рівного доступу до послуг незалежно від місця проживання. Розроблена схема підтверджує, що саме мультидисциплінарна парадигма є базисом підвищення ефективності системи. Ця концептуальна модель може бути використана як методологічне підґрунтя для подальшого формування інтегрованої державної політики у сфері реабілітації.

2.2 Аналіз результативності функціонування системи реабілітаційної допомоги у програмі медичних гарантій

На сучасному етапі в Україні сформовано фундаментальну правову базу для розбудови інноваційної моделі реабілітації. В її основу покладено принципи доказовості, мультидисциплінарної взаємодії та пацієнтоцентричності. Методологічним підґрунтям системи виступає біопсихосоціальна парадигма та положення Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) [3, 5, 9], що корелює з передовими світовими практиками організації відновлювальної допомоги [10, 12, 13].

Ключовим інструментом забезпечення інклюзивності та високої якості послуг стала Програма медичних гарантій (ПМГ), розроблена відповідно до норм Закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [2]. Починаючи з 2020 року, Національна служба здоров'я України (НСЗУ) ініціювала процес контрактування суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я для адміністрування реабілітаційних сервісів.

З 2023 року в межах ПМГ функціонують три специфіковані напрями (пакети) реабілітаційної допомоги: стаціонарна реабілітація для дорослого та дитячого населення; амбулаторне супроводження пацієнтів усіх вікових категорій; спеціалізована допомога немовлятам із перинатальною патологією або передчасним народженням протягом перших 36 місяців життя.

Держава гарантує повне фінансування витрат закладів-партнерів НСЗУ за надання медичних послуг громадянам. У межах зазначених пакетів пацієнтам забезпечується безоплатний доступ до вузькопрофільних напрямів, зокрема нейрореабілітації, ортопедичного відновлення, кардіо-респіраторної підтримки тощо. Інтеграція реабілітаційного компонента до загальної структури медичних гарантій є визначальним чинником підвищення рівня доступності медичної допомоги для населення.

Емпірична база Міністерства охорони здоров'я України та звіти профільних інституцій, що спеціалізуються на моніторингу кадрового потенціалу, дають змогу оцінити ефективність територіального розподілу ресурсів і функціонування реабілітаційної мережі на рівні територіальних громад [5–7]. Ключовими індикаторами в цьому контексті є кореляція між кількістю спеціалізованих установ, щільністю кваліфікованого персоналу та рівнем

технологічної оснащеності медичних закладів у регіональному розрізі. Поглиблена статистична обробка цих показників дозволяє диференціювати позитивні зрушення та ідентифікувати критичні зони в архітектурі вітчизняної системи реабілітації.

Попри загальну позитивну динаміку, результати аудиту Національної служби здоров'я України за 2023–2024 рр. свідчать про наявність виражених територіальних диспропорцій [7]. Зокрема, аналіз виявив такі детермінанти регіональної нерівності: потужні реабілітаційні ресурси та провідні кадри зосереджені переважно у великих урбаністичних центрах, що зумовлює інституційне відставання сільських та віддалених районів; інтенсивність бойових дій у Східних та Південних регіонах генерує аномально високий попит на реабілітаційні сервіси для поранених військовослужбовців та цивільних осіб, що вимагає специфічної адаптації локальних систем; спроможність місцевих бюджетів і громад суттєво різняться, що обмежує можливості реалізації комплексних програм розвитку та підтримки реабілітаційної інфраструктури; нерівномірне забезпечення кадрами ускладнює практичну імплементацію мультидисциплінарної моделі допомоги в окремих областях; приватні інвестиції виступають вагомим драйвером розширення мережі закладів, проте їхня активність безпосередньо залежить від загальноекономічної кон'юнктури та інвестиційних ризиків.

Наявні територіальні диспропорції підтверджують доцільність інтерпретації реабілітаційної системи як гетерогенної багатокомпонентної структури, детермінованої сукупністю взаємозалежних факторів. Фундаментальною умовою успішної трансформації галузі є впровадження науково верифікованих рекомендацій, що дозволять забезпечити збалансований розвиток реабілітаційних потужностей у межах усієї країни. Разом із тим, у вітчизняній практиці зберігається низка системних перешкод в організації допомоги, зокрема у сфері кадрової політики, фінансової стійкості та модернізації матеріально-технічного базису [1, 14]. Систематичний моніторинг якості та обсягів послуг, що надаються в межах Програми медичних гарантій,

виступає базовим інструментом для ідентифікації резервів удосконалення реабілітаційної системи України.

Станом на 2024 рік інфраструктура надання спеціалізованої допомоги включала 508 суб’єктів господарювання (таблиця 2.4). Аналіз форми власності надавачів послуг свідчить про домінування державного сектору: левову частку установ (87,4%) становлять комунальні заклади охорони здоров’я.

Таблиця 2.4 – Динаміка інституційного забезпечення та обсягів надання реабілітаційних послуг, 2023–2024 рр.

Форма власності надавача РД	Кількість надавачів та їх структура				Суми договорів (грн)				Темп приросту (у %)	
	2023 р.		2024 р.		2023 р.		2024 р.		Надавачів	Сум договорів
	Абс	%	Абс	%	Абс.	%	Абс.	%		
Комунальні	383	89,5	444	87,4	3746364348,2	87.8	4319138956,2	86,0	15,9	15,3
Державні	2	0,5	3	0,6	42468183,4	1.0	42022734,5	0,8	50,0	-1,0
Приватні	39	9,1	57	11,2	472004664,8	11.1	645979823,0	12,9	46,2	36,9
ФОП	4	0,9	4	0,8	8316973,3	0.2	14671920,0	0,3	0,0	76,4
Всього	428	100	508	100	4269154169,7	100	5021813433,7	100	18,7	17,6

Джерело: розраховано автором

Попри тенденцію до поступового підвищення тарифів на реабілітаційні послуги, суб’єкти приватного сектору медицини наразі демонструють стриману динаміку щодо контрагування з НСЗУ. У структурі видатків на реабілітаційний компонент Програми медичних гарантій (ПМГ) у 2024 році було закладено 5 021 813 433,7 грн, що становить 3,46 % від загального обсягу фінансування ПМГ на поточний період. Розподіл цих коштів за умови виконання договірних зобов'язань виглядає наступним чином: лєвова частка фінансування — 76,1 % (4 319 138 956,2 грн) — припадає на комунальні заклади охорони здоров’я, тоді як приватні установи акумулюють лише 23,1 % (645 979 823,0 грн) бюджетних призначень.

Динамічний аналіз порівняно з 2023 роком свідчить про інтенсифікацію розвитку галузі: кількість надавачів реабілітаційної допомоги збільшилася на 18,7 %, а загальна сума укладених контрактів зросла на 17,6 %. Водночас структурна пропорція між державним та приватним секторами за кількістю

суб'єктів та обсягами фінансування залишилася відносно стабільною. Детальна оцінка процедур контракування за специфікованими пакетами виявила такі особливості: стаціонарна реабілітація для дорослих та дітей ініціюється виключно за наявності електронного направлення від профільного лікуючого лікаря. При цьому пацієнт зберігає право на вільний вибір установи для проходження курсу відновлення; часові параметри відновлювального циклу чітко корелюють зі складністю патології: при однопрофільному втручанні тривалість становить не менше 14 календарних днів; у разі мультидисциплінарної корекції (за двома і більше напрямками) — понад 21 день; нормативне навантаження передбачає від 3-х годин активних реабілітаційних заходів щодня. Залежно від клінічної картини та важкості стану, державні гарантії покривають від 2-х до 8-ми відновлювальних циклів протягом календарного року.

Протягом 2024 року стаціонарний етап реабілітації для дорослого та дитячого населення забезпечували 319 суб'єктів господарювання. У структурі надавачів домінуючий сегмент (91,8%) належав комунальним закладам охорони здоров'я (293 установи), тоді як частка приватного сектору становила 7,2% (23 заклади), а державні установи склали мінімальну частку (3 од.). Відносно 2023 року спостерігається інтенсифікація розширення мережі на 23,2%, при цьому інституційна структура за типом власності зберегла стабільність.

Регіональний розподіл контрактів із НСЗУ на стаціонарну допомогу демонструє виражену нерівномірність. Пріоритетними осередками у 2024 році стали: Дніпропетровська область (32 договори); Полтавська область (21 договір); Львівська область та м. Київ (по 20 договорів відповідно).

Мінімальні показники договірної активності зафіксовано в регіонах, що зазнали найбільшого деструктивного впливу внаслідок бойових дій: Луганській (1), Херсонській (3), Донецькій та Миколаївській областях (по 6). Також низька концентрація надавачів спостерігалася у Київській (6) та Черкаській (8) областях.

Динаміка порівняно з попереднім роком свідчить про територіальну експансію послуг у більшості областей. Найбільш помітне нарощування потужностей відбулося у Дніпропетровській (+9), Львівській та Закарпатській

(+8 кожна), а також Полтавській (+6) областях. Водночас у Київській, Івано-Франківській, Кіровоградській та Донецькій областях зафіксовано регресію кількості надавачів, а у столиці цей показник залишився статичним.

Доступ до відновлювальних процедур в амбулаторному режимі регламентується наявністю електронного направлення від спеціаліста первинної ланки або профільного лікаря. Пацієнт наділений правом автономного вибору закладу для лікування. Нормативні вимоги до амбулаторного циклу включають: не менше однієї години реабілітаційної активності щоденно; мінімальний період курсу — 14 календарних днів; державні гарантії передбачають можливість проходження двох відновлювальних циклів на рік.

У 2024 році мережа амбулаторних надавачів у межах ПМГ розширилася до 479 установ, де переважна більшість (86,8%) — це заклади комунальної форми власності. Порівняно з 2023 роком кількісний склад надавачів зріс на 17,1% (з 409 до 479 одиниць), що підтверджує сталий розвиток позастаціонарного сектору реабілітації без суттєвих змін у його структурно-правовій організації.

У 2024 році географічна концентрація установ, що надають амбулаторну реабілітаційну допомогу, зафіксована переважно у м. Києві (47), Дніпропетровській (43) та Львівській (38) областях. Ці регіони зберігають статус стратегічних центрів, суттєво випереджаючи інші області за рівнем розвитку даного сегмента. Аналогічно до стаціонарного сектору, критично низькі показники контрагування з НСЗУ спостерігаються у прифронтових зонах: Херсонській, Луганській, Донецькій та Миколаївській областях.

Динаміка розвитку амбулаторної мережі свідчить про розширення потужностей у більшості суб'єктів, де максимальні темпи приросту продемонстрували Дніпропетровська (+10) та Закарпатська (+8) області. У столиці показник залишився незмінно високим (47 надавачів), тоді як у Київській, Донецькій та Миколаївській областях зафіксовано незначну регресію кількості контрагентів.

Надання допомоги дітям, які народилися передчасно або з вродженими захворюваннями, протягом перших трьох років життя у 2024 році забезпечували

136 установ. Переважну частку в цій структурі (95,6%) займають комунальні заклади охорони здоров'я. Порівняно з попереднім роком мережа зросла на 5,4%.

Територіальні лідери: м. Київ (19), Львівська (15) та Дніпропетровська (13) області стабільно очолюють рейтинг. Дефіцитні зони: мінімальна присутність пакету зафіксована у Херсонській та Чернігівській (по 1), Донецькій та Запорізькій (по 2) областях. У Луганській області надання послуг за цим напрямом наразі не здійснюється. Стабільність показників зберегли 8 областей, ще у 8-ми відбулося зростання (зокрема в Івано-Франківській та Черкаській областях — по +3 заклади), а у 6-ти областях кількість надавачів скоротилася. Така неоднорідна динаміка є прямим наслідком демографічних викликів: зниження рівня народжуваності та інтенсивної міграції сімей із дітьми в умовах воєнного стану.

Визначальним фактором успішного контракування з НСЗУ та запорукою якості послуг виступає кадровий потенціал установ [1]. Згідно з нормативними вимогами [6], надавачі реабілітаційної допомоги повинні відповідати суворим критеріям: наявність спеціалізованого обладнання для відновлення функцій; функціонування повноцінних мультидисциплінарних команд; робота виключно на основі індивідуального реабілітаційного плану для кожного пацієнта.

Відповідно до положень Закону України № 1053-IX «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» від 20.11.2024 [3], професійний склад фахівців реабілітаційного профілю включає лікарів фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ), фізичних терапевтів, ерготерапевтів, спеціалістів із терапії мови та мовлення, протезистів-ортезистів, а також представників психологічної та медсестринської ланок. Ефективне контракування із НСЗУ детерміноване суворими критеріями щодо кадрового наповнення мультидисциплінарних команд.

Для амбулаторного сектору штатна чисельність за основним місцем роботи має включати не менше 2-х лікарів ФРМ, 2-х фізичних терапевтів та 2-х ерготерапевтів. Додатково залучаються асистенти (мінімум 1 особа), логопеди (1 особа) та психологи/психотерапевти (2 особи), які можуть працювати як за основним графіком, так і за сумісництвом. Для стаціонарного сектору

регламентовано наявність 2-х лікарів ФРМ, 3-х фізичних терапевтів та 2-х ерготерапевтів за основним місцем роботи. Команду підсилюють 3 асистенти відповідного профілю та 2 фахівці психологічного спрямування.

Здійснений моніторинг ресурсного потенціалу закладів МОЗ України ідентифікував критичний дефіцит кадрів як основний бар'єр для повноцінної імплементації Програми медичних гарантій. Статистичні дані на початок 2024 року фіксують наявність 971 лікаря ФРМ при критично малій кількості фізичних терапевтів — лише 369 осіб. Такі розрахунки демонструють глибокий дисбаланс між наявними людськими ресурсами та нормативними вимогами. Брак понад тисячі фізичних терапевтів лише для стаціонарного сегмента вказує на необхідність негайного посилення освітньої підготовки та розробки програм утримання молодих фахівців у державному секторі медицини.

Найбільш критичний кадровий розрив спостерігається у сегменті ерготерапії: у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) системи МОЗ України зафіксовано лише 171 фахівець даного профілю. Відповідно до нормативів НСЗУ, як для стаціонарного, так і для амбулаторного пакетів реабілітації встановлено паритетне співвідношення лікарів ФРМ та ерготерапевтів (1:1). Проте реальний стан справ демонструє глибоку диспропорцію — 1:0,17. Це означає, що один ерготерапевт фактично припадає на 5–6 лікарів фізичної та реабілітаційної медицини. Для забезпечення нормативного супроводу наявної кількості лікарів ФРМ галузь потребує 971 ерготерапевта, що вказує на чистий дефіцит у 800 фахівців.

Окрім загальної нестачі фізичних осіб, існує проблема низького рівня зайнятості вже створених штатних посад. Показники укомплектованості в системі МОЗ України свідчать про системні труднощі у залученні персоналу: лікарі ФРМ — заповнено 69,4 % посад; фізичні терапевти — 71,9 %; ерготерапевти — 61,2 %.

Варто зауважити, що в амбулаторній ланці ситуація ще складніша: рівень укомплектованості фізичними терапевтами становить лише 68,7 %, а ерготерапевтами — 60,7 %. Також актуальним залишається питання вакантних посад спеціалістів із психологічної реабілітації та терапевтів мови й мовлення

(логопедів), що негативно впливає на можливість формування повноцінних мультидисциплінарних команд (таблиця 2.4).

Таблиця 2.4 – Стан кадрового забезпечення реабілітаційної служби в системі МОЗ України, 2024 р.

Спеціальність фахівців з реабілітації	Кількість посад		Укомплектованість	У т.ч. в поліклініці (амбулаторії)		Укомп.	Кількість фіз.осіб	Коеф. Сум-ва
	штатних	зайнятих		штатних	зайнятих			
Лікарі фізичної та реабілітаційної медицини	1645,13	1141,43	69,4	513,63	357,63	69,6	971	1,2
Фізичні терапевти	779,5	560,75	71,9	263,25	180,75	68,7	369	1,5
Ерготерапевти	470,5	287,75	61,2	145	88	60,7	171	1,7
Клінічні психологи	1535,85	1106,35	72,0	665	451,25	67,9	1055	1,0
Лікарі-психологи	376,5	233,6	62,0	186,25	112,1	60,2	202	1,2
Лікарі-психотерапевти	74,5	65,75	88,3	59,75	58,5	97,9	61	1,1
Терапевти мови і мовлення (логопеди)	800,5	592,85	74,1	301,25	237,25	78,8	497	1,2

Джерело: згруповано автором

Для оцінки детермінуючого впливу кадрового потенціалу реабілітаційної галузі на територіальну нерівномірність укладання контрактів із НСЗУ за трьома профільними пакетами, було здійснено аналітичне дослідження. У межах роботи проведено кореляційний аналіз залежності між кількістю лікарів фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ) та чисельністю суб'єктів-надавачів реабілітаційних послуг у розрізі областей України. Отримані результати систематизовано та викладено у таблиці 2.5.

Таблиця 2.5 – Рівень зв'язку забезпеченості кадрами та обсягом наданих послуг в розрізі регіонів України

Назва пакету РД	Коефіцієнт кореляції, r	Коефіцієнт детермінації R ² (у %)	p
Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах	0,72	51,12	p<0,05
Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у амбулаторних умовах	0,89	80,02	p<0,05
Медична реабілітація немовлят, які народились передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя	0,87	76,24	p<0,05

Джерело: згруповано автором

Проведені розрахунки дозволили встановити наявність достовірного прямого кореляційного зв'язку високої інтенсивності між чисельністю лікарів фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ) та кількістю суб'єктів, що надають реабілітаційну допомогу (РД). Зокрема, коефіцієнти кореляції становлять: $r = 0,72\%$ ($p < 0,05$) для стаціонарного сектору; $r = 0,89\%$ ($p < 0,05$) для амбулаторної ланки та $r = 0,87\%$ ($p < 0,05$) для напряду реабілітації немовлят у регіональному розрізі.

На основі обчислених коефіцієнтів детермінації можна констатувати, що забезпеченість регіонів лікарями ФРМ визначає: 51,12% варіативності кількості надавачів РД у стаціонарних умовах; 80,02% регіональної варіації для амбулаторного сегмента; 76,24% територіальної диференціації кількості установ, що спеціалізуються на медичній реабілітації немовлят. Таким чином, кадровий ресурс виступає фундаментальним детермінантом розвитку системи реабілітаційних послуг на рівні областей України. Ключове значення фахового потенціалу в контексті інклюзивності та якості допомоги пояснюється тим, що фінансові та матеріально-технічні ресурси системи охорони здоров'я за умови відповідної політики масштабуються значно швидше, ніж кадровий капітал, цикл формування якого є тривалим і вимагає багатьох років фахової підготовки.

2.3 Аналіз ефективності реабілітаційних програм в системі медичної реабілітації в Україні

Оцінка результативності програм у межах вітчизняної системи медичної реабілітації дає змогу визначити рівень їхньої відповідності актуальним запитам суспільства та ідентифікувати напрями, що потребують подальшої модернізації. Шляхом анкетування 116 респондентів було акумульовано емпіричні дані стосовно ключових детермінант реабілітаційного циклу: рівня інклюзивності послуг, терапевтичної ефективності проведених заходів, професійної компетентності персоналу, а також ступеня інтеграції інноваційних технологій та цифрових платформ.

Демографічна структура вибіркової сукупності, зокрема розподіл учасників дослідження за віковими категоріями, візуалізована на рисунку 2.2.

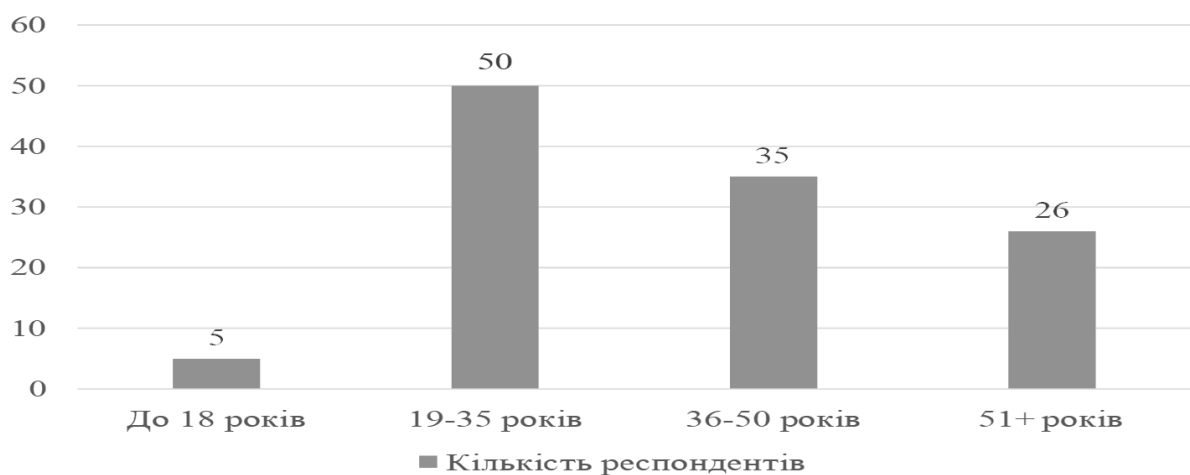


Рисунок 2.2 – Віковий склад вибіркової сукупності респондентів, од.

Джерело: згруповано автором

Згідно з результатами, представленими на рисунку 2.2, встановлено, що найбільшу питому вагу у вибірці складають особи віком від 18 до 35 років (43,1%). Даний показник свідчить про інтенсивну залученість молоді до відновлювальних процедур, що зумовлено високим адаптивним потенціалом та розширеним доступом цієї вікової групи до реабілітаційної інфраструктури. Гендерний розподіл учасників дослідження демонструє превалювання жіночої статі (61,2%). Таку тенденцію можна пояснити вищою мотивацією жінок до систематичного проходження відновлювальних циклів з метою подолання

наслідків соматичних захворювань, психоемоційних стресів або травматичних ушкоджень.

Дослідження структури споживання реабілітаційної допомоги вказує на те, що найбільш пріоритетним напрямом серед пацієнтів є фізіотерапевтичні заходи (рисуюнок 2.3).



Рисуюнок 2.3 – Аналіз реабілітаційних послуг в системі медичної реабілітації

Джерело: розраховано автором

Таким чином, домінуюча частина опитаних отримувала фізіотерапевтичне лікування, що є стандартною практикою для пацієнтів у період реконвалесценції після травматичних пошкоджень або оперативних втручань. Наступними за рівнем затребуваності в ієрархії реабілітаційних заходів є психологічна підтримка та лікувальна фізична культура, які посідають другу та третю позиції відповідно.

Рівень інклюзивності та просторова доступність сервісів виступають критичними індикаторами під час проведення комплексного моніторингу результативності системи медичної реабілітації. Емпіричні дані, отримані в ході обробки відповідей респондентів щодо цього аспекту, візуалізовані на рисунку 2.4.

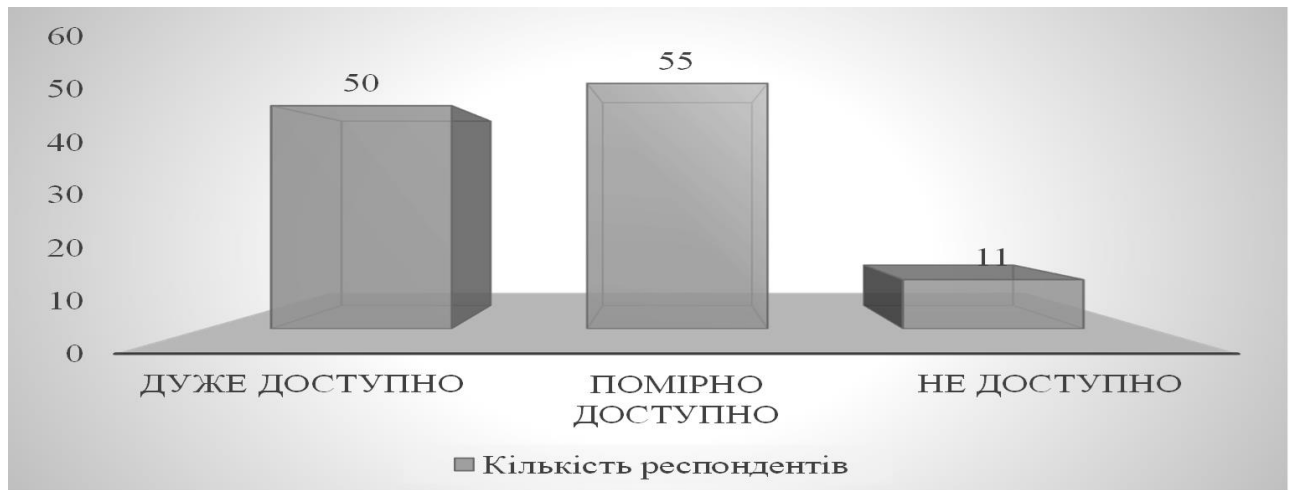


Рисунок 2.4 - Оцінка доступності реабілітаційних послуг в системі медичної реабілітації

Джерело: побудовано автором

Інтерпретація наведених емпіричних даних дозволяє констатувати, що відносна більшість респондентів (47,4 %) оцінює рівень доступності реабілітаційної допомоги як помірний. Це вказує на існування певних бар'єрів інституційного чи технічного характеру, які, проте, не мають критичного впливу на загальну ситуацію. Разом з тим, значна частка опитаних (43,1 %) характеризує послуги як цілком доступні, що підтверджує позитивні зрушення у розбудові реабілітаційної інфраструктури в більшості територіальних одиниць. Проте виявлений сегмент респондентів (9,5 %), які стикаються із суттєвими перешкодами, актуалізує проблему впливу географічних, економічних та адміністративно-логістичних чинників на якість обслуговування.

Отримані результати детермінують потребу в проведенні поглибленого аудиту регіональних особливостей інклюзивності реабілітації. Пріоритетними напрямками вдосконалення системи мають стати: масштабування мережі вузькопрофільних установ; оптимізація логістичних маршрутів надання допомоги; інтенсифікація інформаційно-роз'яснювальної роботи серед населення.

Окремого значення набуває нівелювання нерівності у забезпеченні послугами жителів віддалених громад, де наразі спостерігається найбільш виражений дефіцит медичної інфраструктури та кваліфікованих фахівців.

Фундаментальним вектором модернізації та підвищення ефективності системи медичної реабілітації є її цифровізація. У цьому контексті було проведено оцінку інтеграції мобільних застосунків у процес відновлення в межах досліджуваної вибірки. Результати цього аналізу візуалізовано на рисунку 2.5.

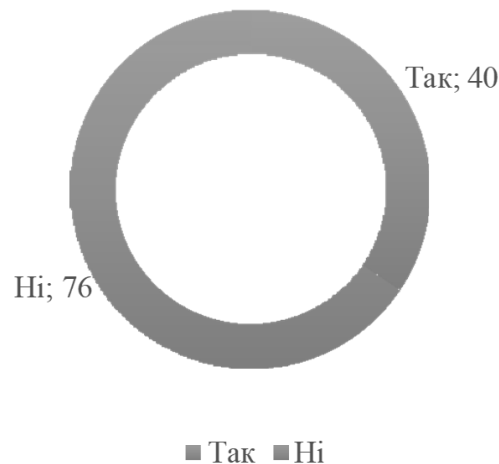


Рисунок 2.5 – Оцінка стану використання мобільних додатків в системі медичної реабілітації

Джерело: побудовано автором

Дані, представлені на рисунку 2.5, підтверджують, що сучасні цифрові рішення є вагомим чинником трансформації системи громадського здоров'я, зокрема в сегменті реабілітації. Використання мобільних застосунків дозволяє пацієнтам персоналізувати графік тренувань, оперативно отримувати консультативну підтримку та здійснювати самомоніторинг стану здоров'я. Проте рівень імплементації таких технологій у повсякденну практику залишається нерівномірним.

Емпіричний аналіз виявив, що лише 34,5 % респондентів інтегрують мобільні додатки у свій реабілітаційний цикл, тоді як більшість (65,5 %) не використовує цифрові інструменти. Такий розподіл може бути наслідком обмеженої поінформованості про наявні ІТ-рішення або певного рівня скептицизму щодо їхньої терапевтичної цінності. Окремим бар'єром, особливо для представників старших вікових груп, виступає цифровий розрив — брак

необхідних технологічних навичок або відсутність відповідних технічних засобів.

Ключовим стимулом до цифровізації відновлювального процесу є проактивна позиція медичного персоналу. Активне рекомендування фахівцями профільних додатків прямо корелює зі зростанням інтересу пацієнтів до таких методів. Навпаки, за відсутності спрямування з боку лікаря, пацієнти віддають перевагу консервативним підходам. Додатковими обмежувальними факторами є дефіцит якісного україномовного контенту та недостатня кількість спеціалізованих програм, адаптованих до потреб конкретних нозологічних груп.

Результати дослідження актуалізують потребу в системній популяризації цифрових реабілітаційних інструментів. Реалізація цього завдання можлива через: проведення цільових інформаційних кампаній; впровадження освітніх програм для медиків та пацієнтів; стимулювання розробки вітчизняних цифрових продуктів за державної підтримки.

Окрему увагу в межах дослідження було приділено оцінці результативності використання мобільних технологій (рисунок 2.6).

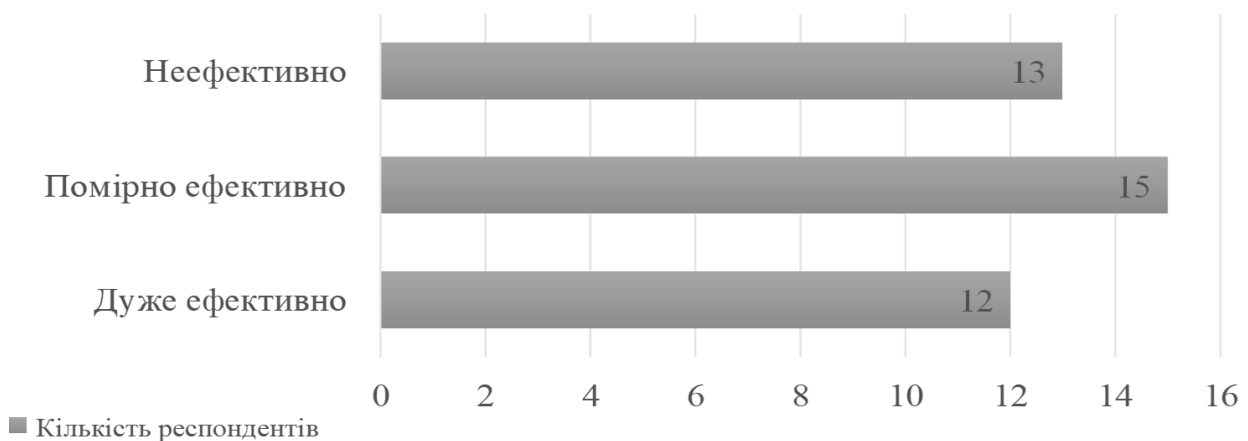


Рисунок 2.6 – Оцінка ефективності використання цифрових додатків в системі медичної реабілітації

Джерело: побудовано автором

Відповідно до результатів, відображених на рисунку 2.6, популяризація мобільних технологій у реабілітаційній сфері супроводжується неоднорідною оцінкою їхньої практичної цінності. Рівень ефективності цифрових інструментів

детермінується сукупністю чинників: якістю інформаційного наповнення, ергономічністю інтерфейсу та ступенем релевантності потребам пацієнта.

Статистичний розподіл оцінок серед користувачів застосунків виглядає наступним чином: 10,3 % опитаних ідентифікували їх як «дуже ефективні»; 12,9 % респондентів оцінили результативність як «помірну»; 11,2 % учасників дослідження визнали використання таких засобів неефективним.

Дані показники підтверджують певний терапевтичний потенціал мобільних платформ, проте значна частка негативних або нейтральних відгуків свідчить про наявність суттєвих недоліків, що перешкоджають досягненню очікуваного відновлювального ефекту.

На основі аналізу виявлено ключові детермінанти низької результативності цифрових засобів: значна частина програмного забезпечення не адаптована до специфічних клінічних випадків, що є критичним при складних формах патологій; автономне використання додатків без належного моніторингу та корекції з боку мультидисциплінарної команди нівелює лікувальний ефект і підвищує ризики некоректного виконання вправ; низький рівень зворотного зв'язку призводить до дефіциту мотивації у пацієнтів. Крім того, негативний вплив мають технічні недосконалості: складність інтерфейсу, відсутність україномовної локалізації та бар'єри у вигляді платного контенту.

Можна констатувати, що впровадження цифрових технологій створює перспективні умови для модернізації реабілітаційного процесу, надаючи пацієнтам інструменти для дистанційної взаємодії та отримання фахових консультацій. Проте результати проведеного аналізу свідчать про те, що рівень інтеграції онлайн-платформ у відновлювальну практику залишається на низькому рівні: лише 8,6 % респондентів підтвердили досвід використання таких ресурсів, тоді як переважна більшість (91,4 %) не залучала цифрові платформи до свого курсу реабілітації.

Ключовим чинником стримування цифровізації є інформаційний дефіцит - значна частина пацієнтів не володіє відомостями про наявність ефективних програмних рішень, здатних інтенсифікувати процес відновлення. Супутньою проблемою виступає недостатній рівень цифрової грамотності, що особливо

актуально для респондентів старших вікових категорій, які часто не володіють необхідними навичками роботи з онлайн-інтерфейсами.

Додатковими бар'єрами для поширення хмарних сервісів у реабілітації є: відсутність глибокої персоналізації платформ під специфічні потреби конкретних нозологій знижує їхню практичну цінність; комерціалізація більшості якісних ресурсів та необхідність платної підписки створюють фінансові перепони, передусім для соціально вразливих верств населення.

Незважаючи на обмежену вибірку активних користувачів, аналіз виявив пріоритетні вектори застосування онлайн-платформ, серед яких: опрацювання відеоінструкцій із лікувальної фізкультури; проходження дистанційних сесій із профільними реабілітологами; використання спеціалізованого софту для моніторингу динаміки одужання; участь в інтерактивних програмах психоемоційної підтримки.

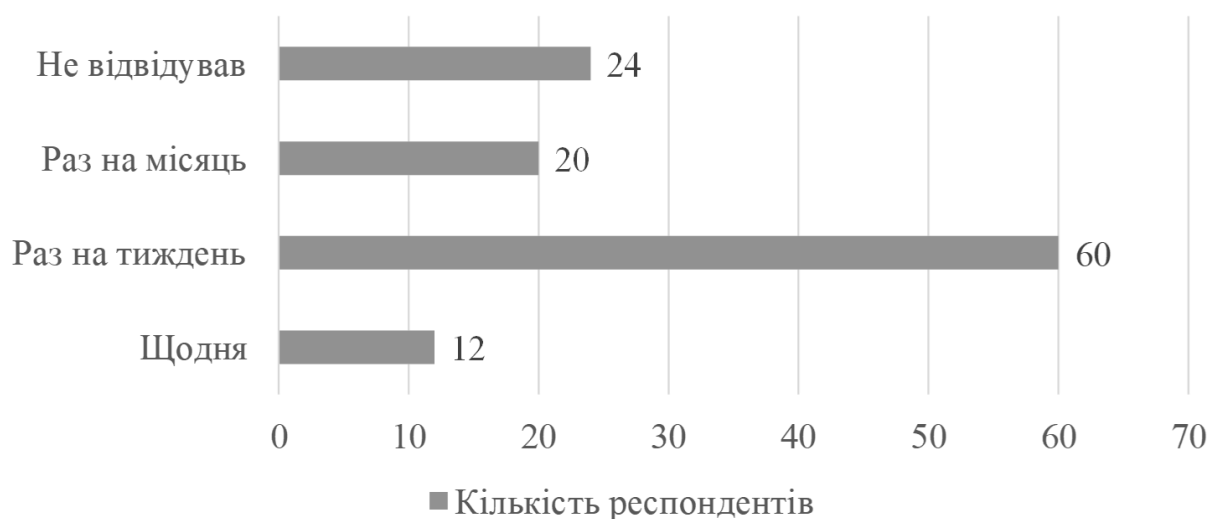


Рисунок 2.7 – Оцінка стану доступності реабілітаційних послуг в системі медичної реабілітації України

Джерело: побудовано автором

Графічні дані на рисунку 2.7 демонструють, що домінуюча частка опитаних (51,7 %) зверталася до спеціалізованих установ щотижнево. Такий показник свідчить про сталу систематичність відновлювального циклу та наявність умов для регулярного отримання професійних послуг. Подібна періодичність,

імовірно, детермінована медичними протоколами, оптимальним плануванням графіку прийомів або індивідуальними фізичними кондиціями пацієнтів.

Більш детальне вивчення структури візитів дозволило виділити такі групи:

➤ Група періодичного контролю (17,2 %): респонденти, які відвідували заклади раз на місяць. Це може вказувати на перехід до підтримувальної стадії реабілітації, де основний акцент зміщується на самостійне виконання вправ із мінімальним зовнішнім наглядом.

➤ Група інтенсивного супроводу (10,3 %): пацієнти з щоденним графіком відвідувань. Така висока інтенсивність зазвичай зумовлена складністю клінічного випадку (важкі травми, гострі стани), що потребує безперервного моніторингу фахівців або проходження комплексного курсу в умовах стаціонару.

➤ Група позаінституційної реабілітації (20,7 %): особи, які взагалі не зверталися до медичних установ протягом відновлювального періоду.

Причини відсутності візитів до закладів охорони здоров'я можуть мати різну природу: від вибору альтернативних інструментів (дистанційні консультації, цифрові застосунки, домашні програми) до дії стримуючих бар'єрів, таких як логістична віддаленість центрів, фізична обмеженість у пересуванні або економічні труднощі.

Інтерпретація результатів, наведених на рисунку 2.7, дозволяє констатувати загалом високий рівень задоволеності пацієнтів фаховою підготовкою медичного персоналу. Більше половини опитаних (51,7 %) ідентифікували кваліфікацію спеціалістів як високу, що є прямим індикатором їхньої професійності, експертності та результативності в межах відновлювального циклу. Такі показники свідчать про якісну базову підготовку кадрів, ефективне впровадження інноваційних терапевтичних методик та належний рівень технічного забезпечення лікувального процесу.

Водночас значна частка респондентів (38,8 %) охарактеризувала рівень компетенцій як середній. Це вказує на те, що попри загальну відповідність послуг галузевим стандартам, існують резерви для покращення, зокрема в аспектах персоналізації підходів, дефіциту уваги до індивідуальних запитів пацієнта або

обмеженості інструментарію доступних процедур. Подібна оцінка також може бути наслідком гетерогенності професійної підготовки кадрів у різних закладах або завищених суб'єктивних очікувань отримувачів послуг.

Лише критично мала частина вибірки (9,5 %) констатувала низьку кваліфікацію працівників. Попри те, що цей показник є мінімальним і підтверджує загальну довіру до системи, він маркує наявні прогалини в системі підвищення кваліфікації окремих фахівців або вказує на деструктивні патерни у комунікації між лікарем та пацієнтом.

Важливо враховувати, що сприйняття професійності персоналу є похідним не лише від академічної підготовки фахівців, а й від інституційних умов функціонування системи. На підсумкову оцінку пацієнта суттєво впливають екзогенні фактори: надмірне навантаження на штатних працівників; загальний дефіцит кадрових ресурсів у закладі; моральна та технічна застарілість матеріальної бази.

Важливою позитивною характеристикою вітчизняної практики є охоплення 58,6 % респондентів заходами психологічної підтримки. Даний показник підкреслює розуміння фахівцями важливості психологічного компонента, який є невід'ємною складовою холістичного відновлення пацієнта. Психологічний супровід виступає каталізатором регенераційних процесів, сприяючи нівелюванню посттравматичної тривожності, полегшенню соціальної адаптації та формуванню стійкої мотиваційної бази для продовження терапії.

Проте значна частина вибірки — 41,4 % опитаних — констатувала відсутність психологічної допомоги у своєму реабілітаційному плані. Такий стан справ свідчить про фрагментарну інтеграцію психологічного сервісу в загальну структуру медичних послуг, що детерміновано низкою деструктивних чинників: обмежена кількість штатних психологів та психотерапевтів у комунальних закладах охорони здоров'я; низький рівень поінформованості пацієнтів про право на отримання безкоштовної психологічної корекції; відсутність фінансування відповідних послуг у межах окремих установ або необхідність додаткової оплати; стигматизація психологічної допомоги та низький рівень довіри до немедичних методів терапії. Географічна варіативність також відіграє критичну

роль: якщо в урбанізованих центрах пацієнти мають доступ до широкого спектра послуг, то мешканці сільських та віддалених територій стикаються з фактичною відсутністю професійної психологічної підтримки.

На основі отриманих даних ідентифіковано пріоритетні вектори оптимізації системи: нормативне закріплення обов'язкового психологічного скринінгу та консультування для кожного пацієнта; проведення кампаній з популяризації ментального здоров'я в контексті фізичного відновлення; впровадження телемедичних платформ та цифрових інструментів для дистанційного консультування, що дозволить нівелювати територіальну нерівність.

Узагальнена оцінка результативності отриманого комплексу реабілітаційних послуг, зафіксована під час дослідження, візуалізована на рисунку 2.8.

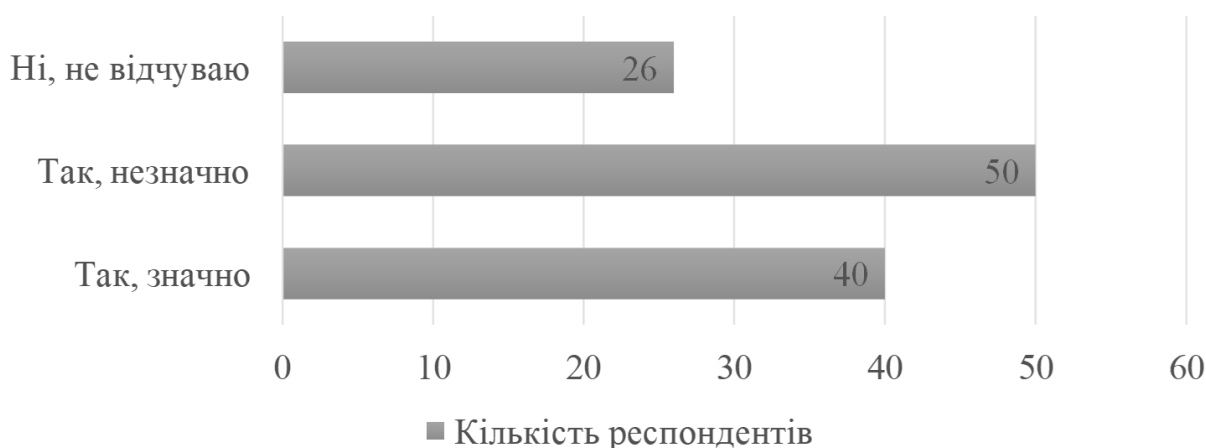


Рисунок 2.8 – Оцінка результатів від отриманих послуг медичної реабілітації
Джерело: побудовано автором

Інтерпретація даних, наведених на рисунку 2.8, дозволяє констатувати, що 34,5% респондентів зафіксували суттєву позитивну динаміку свого стану після завершення реабілітаційного курсу. Такий результат підтверджує високу терапевтичну цінність програм для певної категорії осіб, що, ймовірно, досягається завдяки синергії комплексного підходу, персоналізації відновлювальних методик та високого рівня комплаєнтності (залученості) пацієнтів.

Водночас домінуюча частина вибірки (43,1%) повідомила про помірний ефект від проведених заходів. Це вказує на наявність позитивного вектору відновлення, потенціал якого, проте, залишається не повністю реалізованим. Особливої уваги потребує група респондентів (22,4%), які не відчували жодних функціональних покращень. Даний показник є критичним сигналом того, що існуючий протокольний інструментарій для значної частини пацієнтів виявляється недостатньо адаптивним або малоефективним.

Узагальнення результатів аналізу дозволило сформувати цілісну картину поточного стану реабілітаційної допомоги: ядро отримувачів послуг (43,1%) складає найбільш працездатна вікова група — 19–35 років; рівень впровадження інновацій залишається низьким: 65,5% опитаних не залучали мобільні застосунки, а досвід використання спеціалізованих онлайн-платформ мають лише 8,6% респондентів; майже половина опитаних (47,4%) характеризує доступність сервісів як середню, тоді як 9,5% стикаються з критичними бар'єрами. Регулярність візитів переважно становить один раз на тиждень (51,7%), проте кожен п'ятий респондент (20,7%) залишається поза межами інституційної реабілітації.

Отже, результати дослідження акцентують на необхідності системного реформування галузі, що має базуватися на підвищенні інклюзивності послуг, подоланні територіальної нерівності та інтенсифікації цифрової трансформації реабілітаційного процесу.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ

3.1 Напрями впровадження інноваційних технологій в систему медичної реабілітації в Україні

Структурні моделі надання реабілітаційних послуг виступають фундаментом для відновлення функціональних можливостей людини та її реінтеграції в соціум після перенесених патологій, травматичних ушкоджень або хірургічних втручань. Архітектура цих моделей у різних державах детермінована специфікою національних систем охорони здоров'я, векторами соціальної політики та наявними макроекономічними ресурсами [28, с. 24]. Сучасні трансформації медико-соціального середовища актуалізують потребу в модернізації існуючих підходів для досягнення максимальної інклюзивності, результативності та стійкості розвитку галузі.

Однією з базових парадигм є інституційна модель, за якої відновлювальний процес сконцентрований у спеціалізованих суб'єктах: багатопрофільних лікарнях, профільних реабілітаційних центрах та санаторно-курортних закладах. В європейській практиці такі інституції функціонують на засадах синергії медичної допомоги, фізичної терапії та психологічного супроводу [11, с. 15]. Ключовою перевагою даної моделі є висока концентрація технологічних та кадрових ресурсів, що забезпечує інтенсивність відновлення після критичних станів. Водночас вона характеризується високою ресурсозатратністю та ризиками обмеженої доступності для мешканців географічно віддалених територій.

Альтернативою виступає модель інтегрованих медико-соціальних послуг. Її сутність полягає у формуванні стійкої екосистеми взаємодії між закладами охорони здоров'я, муніципальними соціальними службами та неурядовим сектором. Еталонним прикладом імплементації такого підходу є скандинавські

країни, де реабілітація інтерпретується не лише як клінічний захід, а як комплексний процес професійної реінтеграції та соціалізації.

Особливий акцент у цій моделі зміщується на психосоціальну підтримку та адаптацію пацієнта до трудової діяльності. Незважаючи на високу демократичність та охоплення різних верств населення, результативність даного підходу критично залежить від якості міжвідомчої координації та стабільності фінансування мультидисциплінарних програм.

Динамічного розвитку сьогодні набуває модель дистанційної реабілітації (телемедицини) та надання профільних послуг за місцем проживання пацієнта. Глобальний поштовх цьому підходу дала пандемія COVID-19, яка актуалізувала потребу в безперервному відновлювальному процесі в умовах обмеженого доступу до стаціонарів [10, с. 17]. Інноваційний інструментарій дозволяє реалізовувати дистанційні фізіотерапевтичні сесії, психологічний супровід та лікарський моніторинг через мережу Інтернет. Паралельно з цим, функціонування мультидисциплінарних мобільних бригад забезпечує професійну допомогу безпосередньо в домашніх умовах пацієнта.

Застосування телемедичних технологій дозволяє суттєво оптимізувати видатки на експлуатацію стаціонарних медичних потужностей та розв'язати проблему територіальної ізоляції пацієнтів у сільській місцевості [26, с. 38]. Водночас ефективність даної моделі прямо корелює з рівнем розвитку цифрової інфраструктури та ступенем технологічної грамотності персоналу, що залишається викликом для багатьох систем охорони здоров'я.

Для систематизації вищевикладеного матеріалу та визначення пріоритетів для вітчизняної галузі, у таблиці 3.1 проведено компаративний аналіз існуючих моделей.

Таблиця 3.1 – Адаптовані моделі медичної реабілітації для впровадження в Україні

Критерій	Інституціональна реабілітація	Інтегрована реабілітація	Реабілітація на дому та через телемедицину
Ступінь медичного забезпечення	Високий	Середній	Залежить від кваліфікації спеціалістів
Доступність для населення	Обмежена (лише великі міста)	Широка	Широка, особливо в сільських районах
Вартість організації	Висока	Середня	Низька
Рівень соціальної підтримки	Низький	Високий	Низький
Підключення до технологій	Низький	Середній	Високий

Джерело: згруповано автором

Аналітичне зіставлення, представлене у таблиці 3.1, демонструє дихотомію між ресурсомісткістю та доступністю різних підходів. У той час як інституційна модель гарантує максимальну концентрацію клінічних ресурсів, її економічна складність обмежує інклюзивність. Своєю чергою, інтегровані та телемедичні рішення, попри високу адаптивність до потреб громад, висувають підвищені вимоги до міжвідомчої синергії та технологічної інфраструктури.

Центральним вектором медико-соціальної реабілітації осіб із порушеннями функцій організму є превентивна стратегія, що реалізується на трьох ієрархічних рівнях: спрямована на мінімізацію ризиків виникнення функціональних розладів, що потенційно обмежують життєдіяльність людини; орієнтована на стримування прогресування вже наявних патологій або вроджених дефектів, забезпечуючи зворотний розвиток функціональних дефіцитів; передбачає запобігання трансформації тимчасових розладів у стійкі дефекти та попередження обтяження інвалідності [1].

Сучасна архітектура реабілітаційної допомоги базується на принципі «нормалізації». Його концептуальна суть полягає у забезпеченні умов, за яких особи з інвалідністю стають повноправними суб'єктами суспільного життя: мешкають у звичному соціальному середовищі, здобувають інклюзивну освіту та

мають доступ до ринку праці (як на загальних засадах, так і у спеціалізованих форматах).

Еволюція системи потребує переходу від вузькоспеціалізованого лікування «залишкових явищ» до багатогранного комплексу заходів. Реабілітаційний цикл має інтегрувати медичні, психолого-педагогічні, технічні та професійні компоненти. Ефективна імплементація таких рішень можлива лише за умови розбудови цілісної державної та регіональної системи реабілітації, що здатна забезпечити сталий супровід осіб зі стійкими порушеннями функцій [2].

Ефективність реабілітаційної стратегії базується на консолідованій діяльності медичних та соціальних інституцій. Ключовими суб'єктами цієї екосистеми є: здійснюють комплексний аудит функціональних обмежень пацієнта та формують траєкторію індивідуального відновлення; забезпечують клінічний етап — від відновного лікування та реконструктивної хірургії до складного протезування; науково-дослідні установи, що спеціалізуються на інженерії технічних засобів пересування, асистивних технологій та засобів побутової адаптації; інституції, відповідальні за професійну орієнтацію та перепідготовку осіб із порушеннями функцій, сприяючи їхній інтелектуальній капіталізації; розгалужена мережа служб соціального захисту, центрів зайнятості, інституцій культури та спорту, що забезпечують повноцінну соціалізацію [3].

Реабілітаційний супровід регламентується профільними програмами, які чітко детермінують обсяг, часові межі та інтенсивність втручань. Гарантований рівень допомоги визначається державним стандартом, що формує базу для обов'язкової програми реабілітації. Запропонований механізм функціонування системи охоплює наступні етапи: ідентифікація дефіциту реабілітаційних послуг серед цільових груп; верифікація якості та доступності поточних організаційних форм; критичний аналіз управлінських вертикалей та фінансових потоків; детермінація пріоритетів розвитку галузі на державному та регіональному рівнях; уточнення фактичної потреби пацієнтів у специфічних видах допомоги; імплементація заходів щодо вдосконалення організаційної структури реабілітації.

Нижче наведено перелік передових інструментів, інтеграція яких у вітчизняну систему охорони здоров'я дозволить підвищити якість життя пацієнтів.

Таблиця 3.2 – Інноваційні технології в системі медичної реабілітації в Україні

№	Інноваційна технологія	Можливі варіанти використання
1.	Цифрові технології в реабілітації	1.1. Використання віртуальної реабілітації, що дозволяє пацієнтам виконувати вправи для відновлення функцій у зручний час, зменшуючи потребу у фізичній присутності. 1.2. Віртуальні симулятори та інтерактивні програми для реабілітації, що допомагають відновлювати рухові навички після травм або операцій. 1.3. Технології мобільних додатків для моніторингу процесу реабілітації, а також для підтримки мотивації пацієнтів через трекінг прогресу та нагадування про вправи
2.	Штучний інтелект у реабілітації	2.1. Розроблення програм на основі штучного інтелекту, які здатні адаптувати реабілітаційні плани залежно від індивідуальних потреб пацієнтів та їх прогресу. 2.2. Використання алгоритмів машинного навчання для прогнозування результатів реабілітаційного процесу і коригування лікування
3.	Мобільні технології та мобільні пристрої для реабілітації	3.1. Використання смарт-годинників та інших пристроїв для відстеження фізичних показників, як-от рівень активності, кількість кроків, серцевий ритм, що допомагають пацієнтам контролювати своє здоров'я в процесі реабілітації. 2.3. Мобільні додатки для пацієнтів, що спеціалізуються на реабілітації, з вправами, рекомендаціями, а також можливістю зв'язку з лікарями для консультацій
4.	Реабілітація після психоемоційних та психологічних травм	4.1. Технології віртуальної реальності для допомоги людям, які пережили стресові ситуації (наприклад, війна, катастрофи), надаючи можливість адаптуватися та поступово відновлювати психологічний стан. 2.4. Програмне забезпечення, яке допомагає в лікуванні посттравматичного стресового розладу (ПТСР) шляхом когнітивно-поведінкової терапії в онлайн-форматі
5.	Інклюзивні реабілітаційні програми для різних верств населення	5.1. Розвиток реабілітаційних програм для літніх людей, осіб з інвалідністю, жінок після пологів, хворих на хронічні захворювання, що включають інноваційні технології для полегшення процесу реабілітації. 2.5. Використання інтернет-платформ для надання віддалених реабілітаційних послуг в умовах обмеженого доступу до медичних закладів

Джерело: згруповано автором за даними [20]

Протягом 2024 року безоплатним реабілітаційним сервісом в Україні скористалися близько 366 тисяч громадян. Потужність вітчизняної мережі медичних установ у частині щодобового забезпечення реабілітаційних сеансів зросла більш ніж у чотири рази порівняно з показниками 2022 року. Якщо два роки тому щоденний ліміт становив лише 3 тисячі процедур, то станом на грудень 2024 року цей показник сягнув 12 тисяч сеансів.

Інституційна спроможність системи підтверджується тим, що 70% кластерних та багатопрофільних надкластерних закладів охорони здоров'я вже успішно законтрактовані НСЗУ для надання безкоштовної допомоги. Кадровий потенціал галузі також продемонстрував стрімку експансію: у 2024 році в системі працюють майже 7 тисяч профільних фахівців, що усемеро перевищує чисельність персоналу станом на 2022 рік [5]. З огляду на висвітлену динаміку та прогнозоване зростання запиту на відновлювальні послуги, критично важливим вбачається прискорене впровадження цифрових технологій. Інтеграція інноваційних рішень дозволить суттєво модернізувати реабілітаційний процес, забезпечуючи пацієнтам доступ до високотехнологічної допомоги незалежно від їхнього місця перебування.

Завдяки цифровій індивідуалізації терапевтичних планів та безперервному моніторингу показників здоров'я, створюються умови для ефективної профілактики ускладнень та стабільного зміцнення функціонального стану організму. На сучасному етапі ключовим завданням є безшовна інтеграція цифрових інструментів у чинну архітектуру охорони здоров'я, що гарантуватиме синергію інноваційних підходів із консервативними методами лікування в межах єдиної стратегії комплексного відновлення пацієнта.

3.2 Удосконалення моделі системи реабілітації за участі мультидисциплінарних реабілітаційних команд

Впровадження мультидисциплінарного підходу виступає фундаментальним детермінантом результативності медико-соціального відновлення осіб із обмеженнями функціональності. Попри те, що в Україні

триває активне формування мультидисциплінарних реабілітаційних команд (МДРК), система стикається з низкою інституційних та функціональних бар'єрів, які потребують комплексного вирішення. Організаційна структура медичної реабілітації на сучасному етапі характеризується багатofакторними викликами, серед яких критичним є дефіцит профільних стаціонарних та амбулаторних потужностей, що суттєво знижує інклюзивність допомоги.

Однією з ключових екзогенних загроз для галузі залишається гостра нестача сертифікованих фахівців: лікарів фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ), фізичних терапевтів, ерготерапевтів та клінічних психологів [30]. Типова структура МДРК в українських реаліях базується на синергії лікарів ФРМ, терапевтичного персоналу (фізичних терапевтів та ерготерапевтів разом із асистентами), психологів, логопедів (терапевтів мови й мовлення) та фахівців соціальної сфери.

Склад команди є адаптивним і варіюється відповідно до нозологічного профілю установи: у спеціалізованих центрах залучаються неврологи, психіатри та техніки-протезисти; у складних клінічних випадках до процесу долучаються анестезіологи та середній медичний персонал для інтенсивного догляду.

Реабілітаційний цикл ініціюється комплексним діагностичним скринінгом, що дозволяє ідентифікувати пріоритетні проблеми пацієнта та розробити індивідуальний реабілітаційний план (ІРП). Протягом усього періоду лікування МДРК здійснює динамічний моніторинг досягнутих цілей, коригуючи стратегію відновлення у разі потреби. Попри нормативне регулювання, спостерігається значна територіальна та інституційна нерівномірність у функціонуванні команд. Якщо в окремих закладах вибудована гармонійна модель взаємодії, то в багатьох інших інституціях спостерігається фрагментарність процесів та низький рівень міжфахової комунікації.

Критичними деструктивними факторами, що нівелюють ефективність МДРК, є: системний дефіцит фізичних терапевтів, ерготерапевтів та логопедів; через брак кваліфікованих кадрів заклади охорони здоров'я змушені делегувати повноваження зовнішнім консультантам або залучати до роботи здобувачів вищої освіти старших курсів, що не завжди гарантує необхідну якість надання послуг.

Низька якість професійної підготовки фахівців зумовлена відсутністю уніфікованих освітніх стандартів та дефіцитом кваліфікованого професорсько-викладацького складу. Це призводить до випуску спеціалістів із недостатнім рівнем практичних компетенцій, що змушує медичні заклади самостійно донавчати молодих співробітників у процесі роботи. Експоненціальне зростання запиту на реабілітаційну допомогу внаслідок збройної агресії оголило критичний брак кадрів, особливо за тими спеціальностями, що лише нещодавно були інтегровані в українську медичну модель.

Додатковими деструктивними факторами виступають: залучення фахівців до лав Сил оборони спричиняє значний відтік кадрів із цивільного сектора; функції кейс-менеджменту та соціальної підтримки часто делегуються військовим кураторам або лікарям інших профілів, які не мають фахової підготовки у сфері соціальної роботи.

Незважаючи на труднощі, окремі установи впроваджують прогресивні заходи: перепрофілювання лікарів суміжних спеціальностей у фахівців ФРМ, залучення кейс-менеджерів для пацієнтів із когнітивним дефіцитом та активне використання міжнародних стажувань для обміну досвідом. Для розбудови стійкої реабілітаційної системи пріоритетними завданнями є: адаптація освітніх програм до міжнародних протоколів; розвиток безперервного професійного розвитку (БПР) для діючих практиків; синхронізація академічного навчання з практичним досвідом через залучення клініцистів до викладання; стимулювання міждисциплінарної взаємодії та посилення соціального компонента в межах МДРК.

Паралельно з кадровим питанням стоїть проблема матеріально-технічного забезпечення: наявний парк обладнання часто є морально застарілим і не відповідає сучасним вимогам інтенсивного відновлення. Перспективним вектором для України є імплементація досвіду Університету МакГілла (Канада). Канадська парадигма підготовки ерготерапевтів базується на глибокій інтеграції теоретичної бази та клінічної практики. Зокрема, у межах підготовки фахівців соціальної роботи особливий акцент робиться на вивченні глибинної психології,

методиках роботи з родинами осіб з інвалідністю та розвитку м'яких навичок (soft skills) для ефективної комунікації в межах мультидисциплінарних команд.

Освітні компоненти сучасної підготовки фахівців орієнтовані на ідентифікацію та нівелювання фізичних, психологічних, соціокультурних та інституційних перепон, що перешкоджають повноцінній соціальній інтеграції осіб із порушеннями функцій. У межах навчання майбутні спеціалісти опановують методики системного аналізу цих бар'єрів, розробляють алгоритми їх усунення та формулюють експертні пропозиції щодо розбудови безбар'єрного середовища. Такий мультидисциплінарний вектор забезпечує високу адаптивність випускників до роботи в інклюзивній системі медико-соціальної реабілітації [31].

Окремим пріоритетним напрямом є реабілітація військовослужбовців, яка в Україні реалізується як багаторівневий процес, що поєднує клінічне відновлення, психологічну корекцію, соціальний патронат та юридичний супровід. Державна політика в цій сфері базується на створенні законодавчих гарантій, що забезпечують доступ до передових технологій як у межах національної мережі закладів, так і в провідних іноземних центрах. Фінансове забезпечення цих заходів охоплює повний цикл відновлення та гарантує збереження соціальних прав захисників протягом усього періоду реконвалесценції [32].

Для об'єктивного аналізу та прогнозування ефективності цієї складної структури доцільно застосувати математичний інструментарій теорії масового обслуговування (ТМО) [9]. Зокрема, сучасна архітектура реабілітаційних послуг (медичних, фізичних та психологічних) може бути інтерпретована як мережа масового обслуговування (ММО). У межах такої моделі вузли мережі - системи масового обслуговування (СМО) $S_1, S_2, \dots, S_8$ - відповідають окремим функціональним підрозділам реабілітаційної інфраструктури. Такий підхід дозволяє розрахувати пропускну здатність системи, імовірність утворення черг та оптимальну кількість фахівців для забезпечення безперервного потоку пацієнтів. Спрощена архітектура системи реабілітації у форматі мережі масового обслуговування візуалізована на рисунку 3.1.

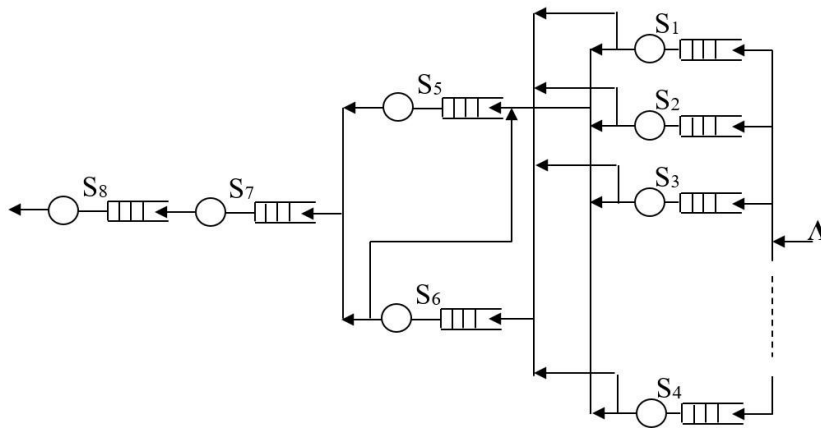


Рисунок 3.1 – Модель системи реабілітації за участі мультидисциплінарних реабілітаційних команд

Джерело: розраховано автором

Функціонування системи реабілітації як мережі масового обслуговування базується на ряді концептуальних припущень, що дозволяють формалізувати процеси руху пацієнтів (заявок) між різними підрозділами. Для побудови адекватної математичної моделі прийнято такі наукові постулати: Типологія мережі: обрана модель класифікується як розімкнута мережа масового обслуговування (РММО). Це передбачає, що вхідний потік пацієнтів є екзогенним, необмеженим та однорідним, а його джерело не залежить від стану самої мережі.

Структура вузлів: РММО складається з детермінованої кінцевої кількості СМО. Кожен вузол (реабілітаційний підрозділ) може бути представлений як одноканальною, так і багатоканальною системою, залежно від реальної кількості фахівців або обладнання: припускається миттєвий перехід заявки між вузлами після завершення етапу обслуговування, що дозволяє зосередити аналіз на тривалості безпосередньо реабілітаційних заходів; у межах багатоканальних СМО всі канали (фахівці одного профілю) вважаються ідентичними за продуктивністю, що дозволяє заявці бути опрацьованою будь-яким вільним каналом; тривалість надання послуг у кожному вузлі мережі є випадковою величиною, що відповідає реальній варіативності тривалості реабілітаційних процедур.

В результаті аналітичного моделювання та проведення імітаційних розрахунків було визначено ключові інтегральні параметри мережі та локальні показники ефективності кожного вузла. Зокрема, розраховано середню кількість пацієнтів у чергах та в мережі загалом, а також часові характеристики перебування заявки в системі. Деталізовані результати розрахунків, що включають коефіцієнти передачі, інтенсивність потоків, рівень завантаження каналів та інші метрики ефективності для кожної СМО, систематизовано в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3 – Результати розрахунків показників системи реабілітації у вигляді РММО

Параметр	Номер СМО							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Час обслуговування заявки, год	1	1	1	1	2	3	4	6
Кількість каналів, од.	3	3	3	3	7	8	9	7
Коефіцієнт завантаження, КЗАВ	0,83	0,83	0,83	0,83	0,89	0,94	0,97	0,94
Середня кількість зайнятих каналів, од.	2,5	2,5	2,5	2,5	6,25	7,5	8,75	6,56
Середній час очікування в черзі, год	1,4	1,4	1,4	1,4	1,87	4,84	34,37	11,24
Середній час перебування в СМО	2,4	2,4	2,4	2,4	3,87	7,84	38,37	17,24
Мережа масового обслуговування								
Інтенсивність вхідного потоку λ , заявок/год	10,0							
Середня кількість заявок у чергах, заявок/год	119,47							
Середня кількість заявок у мережі, заявок/год	158,53							
Середній час очікування в чергах, год	11,95							
Середній час перебування заявки в мережі, год	15,85							

Джерело: розраховано автором

На основі розрахункових показників, систематизованих у таблиці 3.3, можна стверджувати, що з позицій теорії масового обслуговування раціональна архітектура системи реабілітації досягає оптимуму за умови максимізації пропускної здатності вхідного потоку заявок. При цьому критично важливим є мінімізація середньої довжини черги та раціональне використання наявних каналів обслуговування без надлишкового розширення штату.

Особливу увагу слід приділити вузлам S_6, S_7, S_8, які демонструють гранично високі коефіцієнти завантаження: $\psi_6 = 0,94$; $\psi_7 = 0,97$; $\psi_8 = 0,94$. Такий стан системи свідчить про її роботу на межі стабільності. Математичний

аналіз вказує на те, що навіть незначне зростання інтенсивності вхідного потоку (збільшення кількості пацієнтів лише на одиницю) призведе до того, що коефіцієнт завантаження перевищить одиницю ($\rho > 1$). У такому випадку система реабілітації перейде у нестационарний, перевантажений режим, що унеможливить своєчасне надання допомоги та призведе до нескінченного зростання черг.

Аналогічний деструктивний сценарій (колапс пропускної здатності) прогнозується за умови виникнення таких ситуацій:

- Зниження потужності вузлів: часткова або повна втрата працездатності каналів обслуговування в підрозділах S_1–S_4 (наприклад, через кадровий дефіцит або технічні збої).
- Ускладнення умов реабілітації: збільшення середнього часу опрацювання заявок у вузлах S_6–S_8, що безпосередньо корелює з показником «середній час перебування в СМО».

У кожному з перелічених випадків наслідком буде експоненціальне зростання середнього часу очікування пацієнта в черзі, що нівелює ефективність реабілітаційного процесу та знижує доступність медичної допомоги.

Варто зауважити, що розрахована кількість каналів у вузлах СМО базується на ідеалізованих умовах функціонування. Для наближення моделі до практичних реалій необхідно інтегрувати низку понижувальних коефіцієнтів, що відображають потенційні втрати ефективності [11]:

Коефіцієнт деградації потужностей: враховує ймовірне зниження загальної спроможності медичного забезпечення (технічні збої, знос обладнання, логістичні розриви), що зазвичай становить до 30% від номінального значення.

Коефіцієнт функціональної готовності персоналу: відображає рівень мобілізаційної та професійної готовності фахівців до надання допомоги в екстремальних або мінливих умовах (варіюється від 1 до 0,5).

Коефіцієнт операційної працездатності: враховує фізіологічну та психоемоційну втому персоналу протягом робочої зміни, що безпосередньо впливає на темп обслуговування заявок (коливається в межах 1–0,5).

Аналіз отриманих розрахункових даних дозволяє сформулювати критерій раціональності побудови розімкнутої мережі масового обслуговування: максимальна ефективність системи реабілітації досягається за умови пікової пропускної здатності щодо вхідного потоку заявок. При цьому цільова функція оптимізації повинна бути спрямована на мінімізацію довжини черги та раціональне обмеження кількості активних каналів обслуговування без втрати стійкості всієї мережі.

3.3 Впровадження інструментів кластерного підходу у сфері медичної реабілітації

Фундаментальною метою реабілітаційної стратегії України є забезпечення оптимального рівня життєдіяльності особи в її динамічній взаємодії з навколишнім середовищем. Цей процес базується на принципах соціальної інклюзії та автономії пацієнта, що досягається через інтегровані методи зміцнення особистісних ресурсів, адаптацію середовища та стимулювання активної участі індивіда в суспільному житті.

Реалізація стабілізуючого етапу створення регіонального реабілітаційного кластера потребує ґрунтового аудиту наявної інфраструктури, що включає інвентаризацію та оцінку продуктивності всіх ланок системи. Цей процес пропонується структурувати за двома пріоритетними рівнями:

Формування стратегічної мапи госпітального округу: картування діючих державних та приватних реабілітаційних установ; реєстрація освітніх центрів, що здійснюють підготовку фахівців за сучасними програмами; ідентифікація науково-виробничих комплексів, що спеціалізуються на асистивних технологіях та інноваційному обладнанні; підготовка переліку об'єктів, що володіють потенціалом для оперативної реконверсії або масштабування діяльності відповідно до критичних потреб кластера.

Організаційна архітектура кластера повинна базуватися на інтенсифікації існуючих партнерських зв'язків. Еталонним прикладом такої синергії є кейс Ужгородського національного університету та Мукачівської центральної

районної лікарні, де у 2023 році було успішно впроваджено елементи дуальної освіти для підготовки фахівців із фізичної реабілітації [29]. Такий підхід дозволяє синхронізувати теоретичну базу з клінічною практикою безпосередньо в процесі навчання. Попри інфраструктурні заходи, стрижневим елементом стратегії розвитку має залишатися подолання кадрового дефіциту. Саме системне вирішення проблеми нестачі фахівців є першочерговою умовою життєздатності будь-якого реабілітаційного кластера в Україні.

Процес акумуляції фінансових та матеріальних ресурсів для розбудови регіональних реабілітаційних кластерів має ініціюватися на рівні державної виконавчої влади та органів місцевого самоврядування. Пріоритетним вектором інноваційного розвитку вбачається інтенсифікація підготовки профільних кадрів та формування дієздатних мультидисциплінарних команд.

Фундаментом для побудови міжгалузевих зв'язків усередині кластера є апробовані інформаційно-комунікаційні технології. В Україні ключовим інструментом такої взаємодії виступає Електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ). Відповідно до Закону України № 1053-IX «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», дана система вже забезпечує базові функції: документування реабілітаційних втручань, облік потреб пацієнтів у допоміжних засобах та інтеграцію з платформами соціальної підтримки й моніторингу [19].

За своєю структурою ЕСОЗ є двокомпонентною моделлю, що включає:

- Центральну базу даних (ЦБД): ядро системи з реєстрами, програмними модулями та інформаційним хабом НСЗУ.
- Медичні інформаційні системи (МІС): інтерфейси для автоматизації роботи суб'єктів господарювання, що дозволяють здійснювати обмін даними з ЦБД у режимі реального часу [209].

Для підвищення ефективності реабілітаційного кластера доцільно розширити функціонал ЕСОЗ, додавши наступні модулі: доступ до актуальних даних про спеціалізацію закладів (наприклад, унікальний рекреаційний потенціал або вузькопрофільні клінічні напрями), наукові потужності та виробників асистивних технологій; моніторинг забезпеченості фахівцями в межах госпітальних округів. Це дозволить оперативно закривати дефіцит кадрів

через механізми трансферу фахівців, розвиток медичного туризму та широке впровадження телемедичних консультацій.

Облік здобувачів освіти у сфері реабілітації для оцінки майбутнього кадрового резерву. Такий підхід створює умови для раннього рекрутингу та довгострокового планування кадрової політики як усередині регіону, так і в межах міжнародної співпраці. Створення єдиного реєстру технологій та засобів реабілітації, що дозволить миттєво перерозподіляти ресурси між кластерами для покриття локальних потреб.

Важливо підкреслити, що сучасна інформаційна база ЕСОЗ вже інтегрувала функціонал для документування реабілітаційних циклів на засадах Міжнародної класифікації функціонування (МКФ). Це дозволяє об'єктивно оцінювати стан пацієнта через призму його активності та участі [20]. Для систематичного контролю за діяльністю реабілітаційних кластерів пропонується використовувати багаторівневу систему індикаторів.

1. Ринкова валідація та задоволення потреб:

- позитивна динаміка зниження кількості осіб із персистуючими обмеженнями життєдіяльності;
- верифікація якості послуг та забезпечення їхньої інклюзивності для всіх категорій населення.

2. Соціальна реінтеграція:

- відновлення соціальної суб'єктності постраждалих та їхнє повернення до активного суспільного життя;
- профілактика соціальної ізоляції через імплементацію програм активного залучення.

3. Освітня та професійна регенерація:

- трансформація професійної компетентності пацієнтів та підвищення рівня їхньої кваліфікації;
- створення реальних можливостей для працевлаштування та кар'єрного зростання після реабілітації.

4. Економічна детермінація:

- стимулювання регіонального ринку праці та підтримка малого бізнесу в реабілітаційному секторі;
- нарощування інвестиційного потенціалу територій через модернізацію соціальної інфраструктури.

5. Фінансова стійкість через оптимізацію видатків та впровадження прозорих механізмів залучення інвестиційного капіталу;

6. Технологічна та цифрова експансія через масштабування інноваційних методик та використання цифрових рішень (телереабілітація, AI-моніторинг) для підвищення доступності сервісів.

7. Інституційне партнерство через формування стійких колаборацій між академічною спільнотою, медичним сектором, бізнесом та ГО. Інтеграція у світовий науковий простір через міжнародні проєкти обміну досвідом.

Комплексний підхід до оцінювання дозволить верифікувати внесок реабілітаційних кластерів у стратегію повоєнного відновлення України та зміцнення її соціально-економічного каркаса [21].

Концептуальна модель кластера передбачає не лише функціональну взаємодію, а й просторову локалізацію — створення спеціально впорядкованої території. Така територіальна організація забезпечує створення єдиного реабілітаційного середовища, де ландшафтне планування, архітектурна доступність та рекреаційний потенціал підсилюють клінічний ефект відновлення.

Якщо початковий, стабілізуючий етап передбачає консолідацію наявних ресурсів для оперативного реагування на виклики, то наступна фаза розвитку має бути орієнтована на імплементацію якісно нових інфраструктурних проєктів. У контексті територіального планування реабілітаційного кластера ми виділяємо дві базові моделі організації:

Природна (периферійна) модель: передбачає розміщення об'єктів у зонах із максимальним рекреаційним потенціалом. Використання природних факторів (ландшафтотерапія, кліматотерапія) дозволяє суттєво посилити терапевтичний ефект відновлювального процесу.

Урбаністична (центральна) модель: базується на створенні або ревіталізації рекреаційних зон безпосередньо в межах обласних центрів. Перевагою цього підходу є концентрація інноваційних біотехнологічних ресурсів та доступність для великої кількості населення.

Особливе значення в урбаністичній моделі має інтеграція пацієнтів у міський простір. Спільне використання рекреаційних зон мешканцями міст та пацієнтами сприяє природній соціалізації останніх і формує в суспільстві інклюзивну культуру, мінімізуючи стигматизацію осіб із вираженими функціональними чи естетичними особливостями.

Ми пропонуємо модель територіально виділеного комплексу, що поєднує в собі: паркові території та фізкультурно-оздоровчі майданчики; навчальний заклад із сучасною інфраструктурою студентського містечка; університетську клініку, що забезпечує безперервну практику; науково-виробничий вузол, що замикає цикл розробки та впровадження біотехнологій і засобів реабілітації; синергія реабілітації, освіти та наукової діяльності

Тривала реабілітація в межах кластера розглядається нами не лише як медичний процес, а й як можливість для професійної трансформації особи:

✓ Інтеграція в освітній процес: залучення пацієнта до навчання за напрямом «реабілітація» створює потужний когнітивний стимул (зміна домінанти з хвороби на пізнання), підвищує грамотність у питаннях власного здоров'я та готує фахівця, який має унікальний «прожитий» досвід.

✓ Участь у науково-виробничому циклі: у межах ерготерапії пацієнти можуть долучатися до розробки нових технологій та асистивних засобів. Це не лише відволікає від психологічної травми, а й забезпечує ефективну професійну реінтеграцію для тих, хто втратив здатність до попередньої праці.

Таким чином, реабілітаційний кластер трансформується з суто медичної установи в екосистему професійної та соціальної регенерації особистості.

Синергія учасників кластера та впровадження принципів смарт-спеціалізації (S3). Функціонування реабілітаційного кластера створює унікальне середовище для професійного зростання та наукового пошуку, де кожен учасник отримує специфічні переваги. Для майбутніх фахівців (студентів):

забезпечується безпосередній доступ до репрезентативної клінічної практики та передових технологій відновлювальної медицини. Ключовою перевагою є розв'язання питання верифікованого працевлаштування вже на етапі академічної підготовки, що гарантує сталий кадровий резерв для галузі.

Для дослідників та розробників: науково-виробничий сегмент кластера функціонує на засадах міжгалузевої дифузії знань. Наявність потужного поля для клінічної апробації та миттєвий зворотний зв'язок від пацієнтів і практиків дозволяють прискорити цикл розробки та впровадження інноваційних біотехнологій.

Проектування кластера має базуватися на принципах смарт-спеціалізації (Smart Specialisation Strategy — S3), адаптованих до потреб реабілітаційної сфери. Ця концепція, ініційована Європейською комісією, передбачає фокусування ресурсів на обмеженій кількості перспективних напрямів, що мають найвищий потенціал для інноваційного та конкурентного розвитку регіону [22]. Використання S3-підходу в контексті реабілітації в Україні дозволяє: враховувати регіональну специфіку: кожен госпітальний округ може розвивати унікальні компетенції (наприклад, нейрореабілітація в урбаністичних центрах або кліматологічна реабілітація в рекреаційних зонах); спрямування інвестицій у вузькоспеціалізовані науково-виробничі напрями для виходу на міжнародний ринок реабілітаційних послуг та технологій; використання інструментів S3 Platform [23] для налагодження міжнародного партнерства.

Відповідно до Національної економічної стратегії України до 2030 року, впровадження смарт-спеціалізації визначено як стратегічний пріоритет розвитку промисловості та регіональної політики [24]. Інтеграція реабілітаційних кластерів у цю парадигму дозволить створити не лише ефективну систему охорони здоров'я, а й потужний сектор високотехнологічної економіки.

Широке впровадження смарт-спеціалізації в сучасні політико-економічні стратегії зумовлене її здатністю трансформувати регіональний ландшафт. Основними перевагами цієї концепції, які безпосередньо корелюють із розвитком реабілітаційної сфери, є [24]:

- виступає драйвером регіонального зростання та підвищує інвестиційну привабливість територій.
- дозволяє місцевим громадам виокремити та ефективно використовувати свої унікальні переваги.
- прискорює трансформації через тісну координацію між науковими центрами, бізнесом та суспільними інститутами (модель "потрійної спіралі").
- покращує експортний потенціал регіону та сприяє досягненню Цілей сталого розвитку.

У межах даного дослідження смарт-спеціалізація розглядається як інструмент розвитку реабілітаційного кластера, що враховує локальну специфіку: рекреаційні ресурси для медичного туризму, вузькоспеціалізований профіль лікувальних установ та наявні науково-виробничі потужності.

Формування національної мережі таких кластерів на рівні госпітальних округів забезпечить системне вдосконалення медичної реабілітації завдяки гнучкості, прозорості та стратегічній орієнтованості проєктного підходу. Доцільною вбачається інтеграція цих ініціатив із медичною платформою Українського кластерного альянсу, що дозволить масштабувати кращі практики та залучати експертну підтримку [215].

Фундаментом реабілітаційного кластера є територіальна агломерація чотирьох ключових векторів: медицини, освіти, науки та виробництва. Для практичної реалізації цього підходу ми пропонуємо декомпозицію процесу створення кластера за функціональними етапами, представленими у таблиці 3.4.

Таблиця 3.4 – Концептуальні засади формування реабілітаційного кластеру

Стратегія проєкту реабілітаційного кластера	
Спрямована на розвиток та оптимізацію сфери медичної реабілітації в регіон (госпітальному окрузі) шляхом об'єднання різних гравців галузі в єдиний узгоджений кластерний механізм.	
Мета проєкту реабілітаційного кластера	
Створення інноваційного та ефективного кластера медичної реабілітації в регіоні (госпітальному окрузі) для поліпшення якості послуг, розвитку індустрії та підвищення рівня доступності медичної реабілітації для населення.	
Етапи проєкту	Завдання проєкту
1. Аналіз потреб та зацікавлених сторін	– проведення аналізу сучасного стану медичної реабілітації в регіоні – визначення ключових потреб ринку – визначення зацікавлених сторін
2. Формування організаційної структури	– створення міжгалузевого комітету кластера – визначення координатора кластера
3. Розробка стратегії розвитку та пріоритетів	– розробка стратегії розвитку – розробка плану дій
4. Залучення фінансування та ресурсів	– пошук джерел фінансування – визначення необхідних ресурсів
5. Створення інноваційних проєктів	– створення робочих груп – залучення учасників
6. Створення інфраструктури кластера	– формування інфраструктури кластера – створення комунікаційної платформи – створення центрів інновацій та навчання
7. Формування партнерських відносин	– встановлення партнерських відносин з іншими кластерами та зацікавленими сторонами – організація заходів сприяння співпраці
8. Моніторинг та оцінка	– впровадження та тестування розроблених інноваційних проєктів – оцінка ефективності реабілітаційного кластера – регулярне оновлення стратегії
9. Поширення інформації та залучення громадськості	– популяризація досягнень та цілей кластера – залучення громадськості для отримання зворотного зв'язку

Джерело: згруповано автором

Стратегія проєкту розглядається нами як комплексний управлінський інструментарій, покликаний трансформувати регіональну систему охорони здоров'я шляхом консолідації ключових стейкхолдерів у межах єдиного кластерного механізму. Головною метою ініціативи є створення високотехнологічної екосистеми, що забезпечить не лише клінічну ефективність, а й економічну спроможність та інклюзивність послуг.

Для досягнення поставленої мети визначено наступні етапи та відповідні їм пріоритетні завдання:

1. Когнітивний аналіз ринку та мапування стейкхолдерів. Цей етап є фундаментом для прийняття обґрунтованих рішень і включає:

Аудит поточного стану: проведення ретельного моніторингу існуючої реабілітаційної інфраструктури та сервісів у регіоні.

Верифікація попиту: визначення критичних потреб ринку та очікувань пацієнтської спільноти щодо якості й формату надання допомоги.

Ідентифікація гравців: залучення широкого кола зацікавлених сторін — від приватних медичних центрів та технологічних стартапів до наукових інституцій та урядових структур.

2. Проєктування організаційної архітектури

Створення міжгалузевого комітету: заснування колегіального органу управління, що представлятиме інтереси медицини, науки та бізнесу.

Інституціоналізація координаційного центру: призначення відповідального координатора (менеджера кластера), що забезпечуватиме оперативну комунікацію та виконання стратегічних завдань.

3. Стратегічне планування та детермінація пріоритетів

Формування інноваційної стратегії: розробка довгострокового бачення, що базується на технологічному прогресі та соціальній специфіці регіону.

Операційне планування: створення покрокового плану дій (Action Plan) з чіткими KPI для кожного етапу розвитку.

4. Мобілізація фінансових та матеріальних ресурсів

Диверсифікація джерел фінансування: активний пошук грантових можливостей, залучення прямих інвестицій та розвиток державно-приватного партнерства (ДПП).

Оптимізація ресурсного портфеля: чітке визначення необхідних потужностей (матеріальних, інтелектуальних, технологічних) для запуску першочергових ініціатив.

Впровадження даного алгоритму дозволить Україні перейти від фрагментарного надання реабілітаційних послуг до цілісної, керованої та

інноваційної системи. Використання математичного моделювання, інтеграція з ЕСОЗ та застосування європейської концепції смарт-спеціалізації створюють синергетичний ефект, що робить реабілітаційний кластер потужним важелем післявоєнного відновлення соціально-економічного потенціалу країни.

Продовжуючи декомпозицію стратегії, ми виділяємо наступні етапи реалізації, що забезпечують перехід від планування до активного функціонування системи:

1. Генерація інноваційного контенту

Ініціація робочих груп: формування динамічних експертних об'єднань для розробки та валідації пілотних проєктів у сфері високих реабілітаційних технологій.

Колаборативне проектування: стимулювання партнерської взаємодії між розробниками, клініцистами та пацієнтами для створення людиноцентричних інновацій.

2. Розбудова мультимодальної інфраструктури

Конвергенція середовищ: паралельне формування фізичної бази (лікувальні та виробничі потужності) та цифрової екосистеми кластера.

Створення ресурсних хабів: заснування комунікаційних платформ для безперешкодного обміну інтелектуальним та матеріальним капіталом між учасниками.

Академічно-технологічні центри: розгортання баз для безперервного професійного розвитку персоналу та апробації наукових гіпотез.

3. Експансія партнерських мереж

Горизонтальна інтеграція: розбудова стійких зв'язків із суміжними кластерами, міжнародними дослідницькими центрами та інституційними стейкхолдерами.

Подієвий менеджмент: організація фахових форумів та воркшопів для інтенсифікації обміну досвідом та трансферу технологій.

4. Верифікація та адаптивне управління

Апробація та пілотування: практичне тестування інноваційних рішень у реальних клінічних умовах.

Комплексний аудит ефективності: оцінка внеску кластера у модернізацію регіональної системи охорони здоров'я.

Динамічна корекція стратегії: регулярний перегляд пріоритетів відповідно до мінливих геополітичних та соціально-економічних викликів.

5. Комунікаційна стратегія та інклюзивний діалог

Стратегічні медіа-кампанії: популяризація досягнень кластера для зміцнення репутаційного капіталу та залучення інвестицій.

Суспільна легітимізація: налагодження зворотного зв'язку з громадськістю для забезпечення інклюзивності та прозорості діяльності.

Запропонована декомпозиція проєкту виступає універсальним методологічним орієнтиром для масштабування інноваційних реабілітаційних хабів по всій території України. У парадигмі сучасного проєктного менеджменту ми інтерпретуємо реабілітаційний кластер як ключову структурно-функціональну одиницю Програми розвитку національної мережі реабілітаційних кластерів у межах медичної платформи Українського кластерного альянсу. Дана ініціатива є невід'ємним елементом реалізації Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні до 2030 року. Такий підхід дозволяє перетворити локальні ініціативи на потужний механізм досягнення стратегічних цілей держави, забезпечуючи високу якість життя та функціональну незалежність громадян.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі запропоновано вирішення актуальної наукової проблеми щодо оцінки державної політики у сфері медичної реабілітації.

Встановлено, що в сучасних умовах соціально-економічного розвитку України важливість реабілітації осіб з обмеженими можливостями стає дедалі більшою. Діюча інтеграційно-координаційна модель реабілітації передбачає створення комплексної системи, яка об'єднує медичні, соціальні, психологічні та освітні аспекти в єдиний координаційний механізм. Мета цієї моделі полягає в забезпеченні максимальної ефективності реабілітаційного процесу через індивідуалізацію підходів та мультидисциплінарну співпрацю між фахівцями різних галузей

Визначено, що порівняння України з європейськими країнами в контексті реабілітаційної системи виявляє суттєві відмінності в рівні розвитку та забезпеченості реабілітаційними послугами. Зокрема, за кількістю реабілітаційних центрів, фінансуванням та доступністю послуг Україні ще потрібно досягти рівня європейських країн. Перший важливий показник — частка ВВП, що виділяється на реабілітацію. В Україні цей показник становить лише 1,2 %, що значно нижче середнього рівня для європейських країн, де цей показник досягає 3,5 %. Така різниця у фінансуванні реабілітаційних програм відображає рівень уваги, що надається цій сфері в Україні, і показує потребу в збільшенні фінансування для забезпечення доступу до якісних реабілітаційних послуг.

Встановлено, що у бюджеті послуг медичної реабілітації 2024 року на виплати за договорами на надання усіх реабілітаційних пакетів було передбачено 5021813433,7 грн., що складало 3,46 % від загального бюджету ПМГ-2024. 76,1 % від цих коштів (4 319 138 956,2 грн) одержали, у разі виконання договорів, ЗОЗ комунальної власності, а 23,1 % (645 979 823,0 грн) - приватні ЗОЗ. Порівняно із 2023 р., зросла як кількість надавачів РД (на 18,7 %), так і сума підписаних договорів (на 17,6 %). Розподіл же сум договорів та надавачів за їх формою власності не зазнав суттєвих змін.

Визначено, що більшість учасників реабілітаційних програм (43,1 %) належать до вікової групи 19–35 років. Водночас 65,5 % респондентів не використовували мобільні додатки для реабілітації, а лише 8,6 % застосовували онлайн-платформи, що свідчить про недостатню цифрову інтеграцію в цій сфері. Щодо доступності послуг, 47,4 % опитаних оцінили її як середню, тоді як 9,5 % зіткнулися зі значними труднощами в отриманні необхідної допомоги. При цьому 51,7 % респондентів відвідували медичні заклади раз на тиждень, а 20,7 % узагалі не зверталися по допомогу. Отримані результати підкреслюють потребу у вдосконаленні доступності реабілітаційних послуг і розширенні їх цифрових можливостей.

Доведено, що інноваційні технології дають змогу покращити процеси реабілітації, дозволяючи пацієнтам отримувати високоякісні послуги, навіть на відстані. Завдяки інноваціям у реабілітації, зокрема індивідуалізації лікувальних заходів і їх моніторингу, є можливість для більш ефективної профілактики захворювань та зміцнення загального стану здоров'я. Важливо інтегрувати інноваційні технології з наявними системами охорони здоров'я та забезпечити їх взаємодію з традиційними методами лікування. Це дозволить забезпечити комплексний підхід до лікування та реабілітації пацієнтів.

Обґрунтовано, що мультидисциплінарний підхід у системі медичної та соціальної реабілітації є одним із визначальних чинників ефективності надання допомоги особам з обмеженнями життєдіяльності. В Україні процес формування мультидисциплінарних реабілітаційних команд триває, проте існує низка структурних і функціональних проблем, що зумовлюють необхідність подальшого вдосконалення цієї системи. Серед основних викликів варто відзначити недостатню кількість профільних стаціонарних і амбулаторних відділень реабілітації, що істотно обмежує доступність реабілітаційної допомоги для широкого кола пацієнтів.

Запропоновано до реалізації територіально виділений комплекс, який об'єднує в собі, окрім рекреаційної (паркової, фізкультурно-оздоровчої) зони, навчальний заклад зі студентським містечком, університетську клініку та технопарк, що охоплює весь цикл здійснення інноваційної діяльності в напрямку

відновлювальної медицини та біотехнологій.