

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**Західноукраїнський національний університет**  
**Навчально-науковий інститут новітніх освітніх технологій**

**ПИЛИПЧУК Ірина Василівна**

**ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПОСЛУГ ЗАКЛАДОМ**  
**ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

спеціальність 073 Менеджмент

освітньо-професійна програма – Менеджмент закладів охорони здоров'я

Кваліфікаційна робота

Виконала студентка групи МЗОЗзм-21  
**Пилипчук Ірина Василівна**

Науковий керівник:  
к.е.н., доцент  
**Попович Тамара Миколаївна**

ТЕРНОПІЛЬ – 2025

## **ЗМІСТ**

### **ВСТУП**

### **РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПОСЛУГ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

1.1. Зміст реабілітаційних послуг та особливості організації їх надання закладом охорони здоров'я в умовах воєнних дій.

1.2. Інституційне забезпечення процесу надання реабілітаційних послуг в закладі охорони здоров'я

### **РОЗДІЛ 2. ОЦІНКА ПРАКТИКИ НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПОСЛУГ В ДОСЛІДЖУВАНОМУ ЦЕНТРІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ВІДНОВЛЕННЯ**

2.1. Діагностична оцінка організації надання реабілітаційних послуг в Центрі реабілітації та відновлення.

2.2. Аналіз ресурсного забезпечення надання реабілітаційних послуг в досліджуваному Центрі.

### **РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПОСЛУГ В ЦЕНТРІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ВІДНОВЛЕННЯ**

3.1. Удосконалення системи управління організаційними процесами надання реабілітаційних послуг

3.2. Використання досвіду зарубіжних практик в підвищенні організаційної ефективності надання реабілітаційних послуг.

### **ВИСНОВКИ**

### **СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Реабілітація відіграє ключову роль у відновленні здоров'я після тяжких захворювань, травм та хірургічних втручань, а також у покращенні якості життя громадян. Зазначене обумовлене збільшенням кількості громадян, які потребують реабілітації, зокрема ветеранів, постраждалих від травм, людей з інвалідністю або хронічними захворюваннями; реабілітаційні послуги можуть значно покращити фізичний, психологічний та соціальний стан людей, допомагаючи їм повернутись до активного життя.

В Україні актуальність цієї теми значно зросла через воєнні дії, які суттєво вплинули на характер надання реабілітаційної допомоги.

Зростання потреб у реабілітаційних послугах вимагає модернізації існуючої системи медичної реабілітації, збільшення кількості спеціалізованих центрів, підготовки кваліфікованих спеціалістів та впровадження новітніх методик лікування, включаючи телемедицину та роботизовану реабілітацію.

Дослідження даної теми дозволить оцінити сучасний стан реабілітаційної допомоги в Україні, оцінити діючі моделі і техніки надання реабілітаційних послуг, виявити проблеми та розробити ключові напрями удосконалення організаційних процесів у закладах охорони здоров'я.

**Мета дослідження** полягає у розвитку теоретичних положень та виробленні практичних рекомендацій щодо оптимізації організаційної моделі надання реабілітаційних послуг у закладу охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи та викликів воєнного стану.

Досягнення мети дослідження забезпечувалося шляхом виконання наступних **цільових завдань**:

- розкрити зміст реабілітаційних послуг та дослідити особливості організації їх надання закладом охорони здоров'я;
- визначити вплив воєнних дій на структуру, масштаби та методи надання реабілітаційних послуг і лікування;
- узагальнити інституційну базу процесу надання реабілітаційних послуг в закладі охорони здоров'я;

- продіагностувати проблеми організації реабілітаційного процесу в досліджуваному Центрі реабілітації та відновлення;
- проаналізувати стан ресурсного забезпечення надання реабілітаційних послуг в досліджуваному Центрі реабілітації та відновлення;
- надати рекомендації щодо впровадження сучасних методів і технологій у реабілітаційну практику досліджуваного центру;
- розробити пропозиції щодо підвищення якості надання реабілітаційних послуг.

**Об'єкт кваліфікаційної роботи** - процес організації та надання реабілітаційних послуг у закладі охорони здоров'я

**Предмет кваліфікаційної роботи** - організаційно-управлінські механізми, форми та методи забезпечення ефективності надання реабілітаційних послуг та вдосконалення його організаційного механізму.

**Методи дослідження.** Для розв'язання поставлених завдань використовувалися загальнонаукові та спеціальні прийоми наукових досліджень. Зокрема, методи системного, порівняльного, факторного та структурного аналізу, методи узагальнення, соціологічних опитувань та експертних оцінок, графічні методи.

Інформаційною базою дослідження є Конституція України, закони України, постанови Верховної Ради і Кабінету Міністрів України, нормативно-правові документи, наукові праці провідних вчених з питань впровадження сучасних підходів з організування надання реабілітаційних послуг закладами охорони здоров'я та практичні матеріали діяльності досліджуваного Центру реабілітації та відновлення, ресурси мережі Інтернет, штучного інтелекту.

**Практичне значення дослідження** полягає у виявленні та діагностуванні ключових проблем у наданні реабілітаційної допомоги в закладі охорони здоров'я, розробленні рекомендацій щодо оптимізації реабілітаційного процесу, зокрема в умовах зростання потреби в таких послугах, пов'язаних з воєнними діями; покращення організації роботи реабілітаційного центру шляхом упровадження новітніх технологій та міждисциплінарного підходу до

реабілітації, розвитку форм державно-приватного партнерства в питання підвищення якості і результативності реабілітаційного лікування.

**Апробація результатів дослідження.** Основні результати дослідження, висновки та рекомендації, висвітлені у кваліфікаційній роботі, апробовані в роботі науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів» (Тернопіль-Збараж, 16.05.2025р) та Науковій інтернет-конференції молодих вчених, аспірантів та студентів кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу «Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні» (Тернопіль, 27.11.2025р.) [ 48;49].

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПОСЛУГ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

**Зміст реабілітаційних послуг та особливості організації їх надання закладом охорони здоров'я в умовах воєнних дій.**

Питання належної організації надання реабілітаційних послуг актуалізуються як глобальними тенденціями у сфері охорони здоров'я, так і внутрішніми викликами, з якими зіткнулася Україна. Сучасна медицина переходить від виключно лікувальної до біопсихосоціальної парадигми, де відновлення функціональних можливостей та соціальна інтеграція особи є не менш важливими, ніж лікування самого захворювання.

В Україні, в умовах повномасштабної збройної агресії, потреба в якісних реабілітаційних послугах суттєво зростає. Багато військовослужбовців та цивільного населення потребує комплексної допомоги внаслідок мінно-вибухових травм, ампутацій, нейрологічних порушень, а також гострої потреби у психологічній та соціальній реабілітації (зокрема, подолання ПТСР).

Реформа системи реабілітації, закріплена Законом України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [32], вимагає від закладів охорони здоров'я (далі - ЗОЗ) кардинальної перебудови організаційної моделі надання цих послуг. Отже, дослідження організаційних аспектів надання реабілітаційних послуг у ЗОЗ є життєво необхідним для забезпечення ефективного відновлення та повернення до повноцінного життя осіб з обмеженою життєдіяльністю.

Аналіз сучасних підходів до організації надання реабілітаційних послуг та воєнних викликів [13;14;3;35;7], дає підставу констатувати:

1) реабілітація має високу соціальну значимість для громадян. Це не просто медична послуга, а комплексний процес відновлення фізичного, психологічного та соціального функціонування людини, що є критично важливим для її повернення до повноцінного життя, праці та інтеграції в суспільство;

2) ефективна реабілітація зменшує рівень інвалідності, скорочує тривалість непрацездатності та, як наслідок, знижує соціальне навантаження на державу;

3) інституційним базисом підвищення ефективності організації надання реабілітаційних послуг є реформування реабілітаційної допомоги, що у вітчизняній практиці пріоритезує впровадження біопсихосоціального підходу в лікуванні, створення мультидисциплінарних команд та надання послуг відповідно до міжнародних стандартів [32];

4) військова агресія спричинила посилений попит на реабілітаційні послуги (військовослужбовців, ветеранів війни, цивільного населення) і насамперед, підвищеної потреби у складних фізичних (мінно-вибухові травми, ампутації), психологічних (ПТСР, депресії) та соціальних видах реабілітації. Це викликає необхідність у розширенні мережі закладів, які надаватимуть реабілітаційні та відновлювальні послуги, в т.ч. високоспеціалізовані послуги з нейрореабілітації, психосоціальної підтримки, підтримки ментального здоров'я;

5) обсяги фінансування реабілітації з боку держави є неспівмірними з масштабам потреби в них. Хоча НСЗУ розширює пакети послуг, кошти від них є недостатніми для здійснення всього комплексу реабілітаційних процедур, а також забезпечення допоміжними засобами реабілітації. Окрім того існує необхідність забезпечення прозорості та ефективності у їх використанні; актуалізується проблема браку кваліфікованих фахівців з реабілітації, зокрема таких як: фізичні терапевти, ерготерапевти, терапевти мови і мовлення, клінічні психологи та інших членів мультидисциплінарних реабілітаційних команд.

У практичному контексті [43] реабілітаційна послуга включає комплекс заходів, що здійснюються за індивідуальною програмою реабілітації і спрямовані на відновлення (збереження) здоров'я, максимально можливої фізичної, психічної, соціальної, професійної активності та самостійності осіб з обмеженням повсякденного функціонування. Як зазначають фахівці, «реабілітація — це більше, ніж просто максимально можливе відновлення фізичних функцій; вона також включає в себе увагу до психічних та психосоціальних аспектів, які часто супроводжують втрату працездатності» [5].

Згідно з чинним законодавством [32], реабілітаційна допомога (послуга) є діяльністю «фахівців з реабілітації у сфері охорони здоров'я, що передбачає здійснення комплексу заходів, спрямованих на оптимізацію функціонування осіб, які зазнають або можуть зазнати обмеження повсякденного функціонування у їхньому середовищі» [32;30]. Для реалізації комплексних заходів з реабілітації на центральному рівні розробляється відповідна державна політика, мета якої полягає у створенні «умов для ефективної реабілітації, забезпечення доступності навколишнього середовища, можливості вести самостійний спосіб життя і всебічно брати участь у всіх аспектах життя суспільства, сприяння створенню середовища, що організоване відповідно до вимог універсального дизайну та розумного пристосування» [32].

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає реабілітацію як набір втручань «покликаних забезпечити особам з порушенням функцій у результаті хвороб, травм і вроджених дефектів пристосування до нових умов життя в суспільстві, у якому вони перебувають» [5]. Для реалізації такого підходу та впровадження європейських стандартів в наданні реабілітаційних послуг в 2017 р. ВООЗ започаткувала в Україні ініціативу «Реабілітація 2030: заклик до дій» забезпечення її доступності для громадян та фінансової незалежності. Її виконання передбачає «посилення політичної підтримки послуг із відновлення, інтеграцію реабілітації до сфери охорони здоров'я, розвиток сильних мультидисциплінарних команд, пошук шляхів підсилення інформаційних систем у сфері охорони здоров'я, розширення фінансування для системи реабілітації» Пакети інтервенцій для реабілітації, які «охоплюють 20 станів здоров'я, що призводять до виникнення обмежень життєдіяльності» [35]. Окрім того було розширено державну програму медичних гарантій новими пакетами: «Реабілітаційна допомога дорослим та дітям в стаціонарних умовах» та «Реабілітаційна допомога дорослим та дітям в амбулаторних умовах» [1]. В межах цих пакетів послуги з реабілітації є доступними і безоплатними, «та

повністю фінансуються Національною службою здоров'я України в рамках Програми медичних гарантій» [1].

За науковими підходами реабілітація ґрунтується на філософії, «що кожна людина має право бути відповідальною за своє здоров'я і що вона також має невід'ємну цінність. Ця філософія призводить до того, що кожна людина розглядається як всеосяжна, цілісна та унікальна особа. Це покладає на реабілітаційну команду відповідальність за надання необхідного навчання, знань і навичок людині з порушенням, щоб оптимізувати, покращити і максимізувати її незалежну функцію» [46;27]. Особливістю реабілітаційної послуги є те, що при її наданні використовується біопсихосоціальна модель, сутністю якої є зміщення фокусу з лікування хвороби на саму людину, забезпечуючи розширенні її можливостей навчитися максимізувати власні обмежені функції для мінімізації їх впливу на повсякденну активність. Отже, зміст реабілітаційної послуги у контурах біопсихосоціальної моделі, охоплює: фізичну реабілітацію (відновлення рухової активності особи); окупаційну терапію (відновлення навичок повсякденної діяльності); психосоціальну підтримку (корекція ментальних та емоційних порушень); комунікативну та когнітивну реабілітацію.

Таким чином, як свідчить змістовий контекст поняття реабілітаційної послуги, у її основу закладається комплексний підхід, тобто реабілітаційні послуги не є окремими медичними процедурами, а передбачають одночасне проведення комплексу заходів групою висококваліфікованих фахівців мультидисциплінарною реабілітаційною командою), які працюють разом над індивідуальним планом відновлення людини. Завданням такої діяльності є відновлення здоров'я та працездатності, а також забезпечення максимально можливої фізичної, психічної, соціальної та професійної повноцінності людини.

В практиці надання реабілітаційних послуг застосовуються різні її види, які умовно можна об'єднати у такі групи: медична, фізична, психологічна, соціальна інтеграція [1;6;14]. Зміст та спрямування надання таких послуг проілюстровано на рис. 1.1.

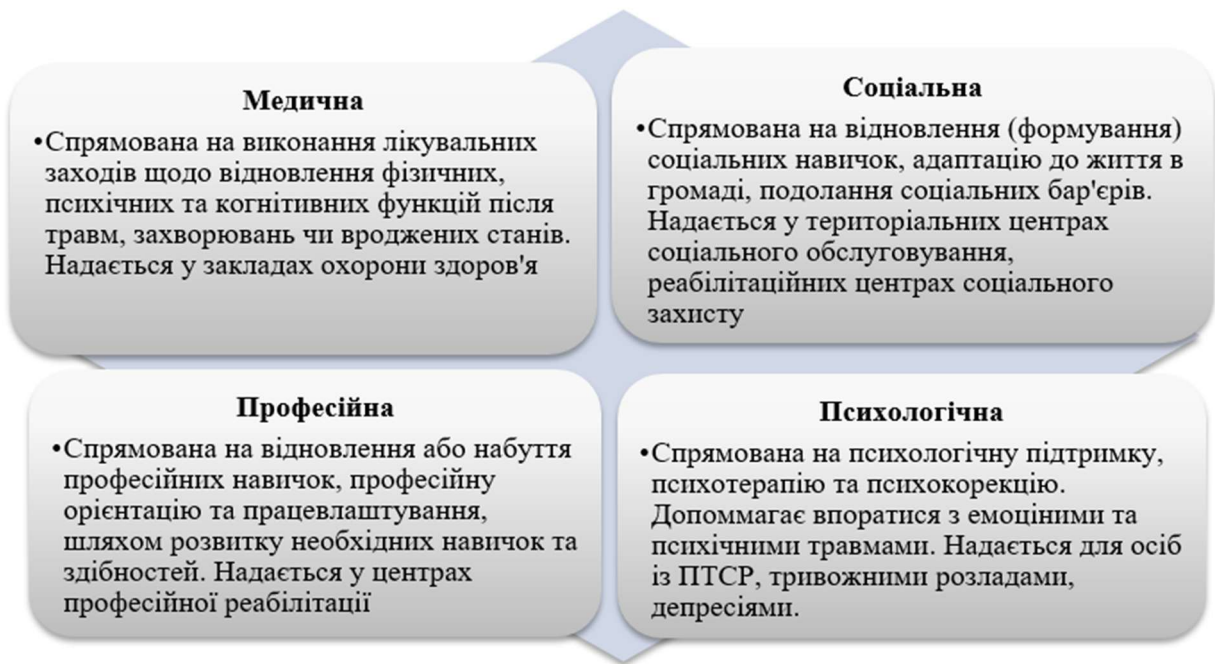


Рис. 1.1. Спрямованість надання базових видів реабілітаційних послуг

Примітка. Узагальнено автором

За нозологією вирізняють такі типи процедур реабілітаційних послуг:

- нейрореабілітація, що надається пацієнтам із травмами головного/спинного мозку, після інсультів;
- ортопедична/травматологічна реабілітація, яка надається пацієнтам після ампутацій, переломів, ендопротезування;
- кардіо-пульмональна реабілітація, яка призначається для пацієнтів із захворюваннями серця та легень;
- психологічна/психосоціальна реабілітація, яка застосовується для осіб із ПТСР, тривожними розладами, депресіями;
- ерготерапія (трудотерапія), що допомагає пацієнтам відновлювати навички, необхідні для щоденної діяльності;
- кінезітерапія, лікування рухом, у т.ч. в басейні (гідрокінезотерапія);
- фізіотерапія, що передбачає використання допоміжних засобів, таких як електролікування, водолікування, ультразвукова терапія;
- мануальна терапія та масаж, процедури яких спрямовуються на відновлення м'язової функції та зменшення болю;

терапія мови та мовлення є необхідною для людей з порушеннями мовлення.

Ефективна організація реабілітації передбачає наявність безперервного ланцюжка допомоги, який має забезпечити пацієнту доступ до необхідних послуг на різних етапах його відновлення. За рівнями надання та інтенсивністю захворювання реабілітація характеризується як:

стаціонарна (інтенсивна), послуги реабілітації надаються в стаціонарних умовах у реабілітаційних відділеннях багатопрофільних лікарень від 3-х годин терапії на день);

амбулаторна (реабілітація в амбулаторних умовах), надається пацієнтам зі стабільним станом, які не потребують цілодобового лікарського нагляду;

диспансерна (реабілітація в домашніх умовах), надається мобільними реабілітаційними командами за місцем проживання особи. Фокус такої реабілітації спрямовується на адаптацію середовища та соціальну інтеграцію людини.

Характеристика реабілітаційних послуг за рівнями надання узагальнена в табл. 1.1.

В практиці надання реабілітаційних послуг найчастіше застосовується комплексна реабілітація, яка поєднує кілька їх видів, одночасно із застосуванням різних методик, як от фізіотерапія, масаж, лікувальна фізкультура та ерготерапія.

Активні бойові дії, викликані повномасштабним вторгненням РФ в Україну, обумовили необхідність розширення спектру надання реабілітаційних послуг для осіб, що постраждали від воєнних дій. Зокрема, для військовослужбовців, які зазнали травм в бойових діях, для їх фізичного і психічного відновлення значну роль відіграють адаптивні реабілітаційні заходи, які здійснюються у рамках дружньої, ігрової, бізнесової та освітньої реабілітації [39;36;14]:

*Таблиця 1.1*

## Зміст реабілітаційних послуг за рівнем надання

Рівні/Етапи	Характеристика послуг	Суб'єкти надання	Кому надається
<b>Стационарна (I етап)</b>	Інтенсивна реабілітація в умовах цілодобового нагляду. Надається у гострому або під гострому періоді, коли пацієнт потребує медичного втручання та постійного догляду.	Реабілітаційні відділення в багатoproфільних лікарнях інтенсивного лікування.	Пацієнти після інсультів, важких травм, ампутацій, нейрохірургічних втручань
<b>Амбулаторна (II етап)</b>	Реабілітація, коли стан пацієнта стабільний і він може самостійно (або з допомогою) відвідувати заклад. Фокус на відновленні соціальних навичок.	Реабілітаційні центри, денні стаціонари, поліклініки.	Пацієнти з хронічними станами, після стаціонару, з легкими або помірними порушеннями функцій
<b>Надому / громада (III етап)</b>	Реабілітація, що надається за місцем проживання особи. Фокус на адаптації особи до її домашнього середовища та соціальної реінтеграції.	Мобільні реабілітаційні команди, послуги, інтегровані в первинну медичну допомогу.	Особи, які не можуть дістатися до ЗОЗ, або ті, хто потребує адаптації житла та середовища.

Примітка. Узагальнено автором за [6]

дружня реабілітація є різновидом соціальної і психологічної реабілітації, де таку допомогу «надають не лікарі, а такі ж колишні військові, а самі центри створено не на базі лікарні. Таким чином спілкування в групах відбувається з позиції рівного та побратима, друга, а не з позиції лікаря і хворого. Такі центри існують як офлайн, так і можна знайти групу дружньої реабілітації онлайн - наприклад, в соцмережах» [39];

ігрова реабілітація проходить в ігровій формі. У процесі реабілітації, «пацієнт бачить себе на екрані героєм спортивної гри, де за правильні рухи дають бали, а система імітує рухи, вона змушує людину згадати, як працює його рука, нога. Людина грає, гра відволікає її від больового синдрому і дає можливість розробити суглоби та сформувати новий руховий стереотип» [39];

освітня реабілітація зорієнтована на здобуття нових знань та навичок і є важливою складовою для переходу військових у цивільне життя. Саме з цією метою, «Міністерство у справах ветеранів підписало меморандум з понад 30 ВНЗ, де ветерани можуть здобувати цивільну спеціальність» [39];

бізнес-реабілітація допомагає включитися колишньому військовослужбовцю у підприємницьку діяльність. Сьогодні «уряд України активно надає підтримку ветеранському підприємництву. Для українських захисників та захисниць передбачена програма з підтримки ветеранського бізнесу. Зокрема мова йде про менторські програми, які скеровані на те, щоб навчити військовослужбовців проєктній діяльності та як правильно подаватися на ті чи інші грантові програми» [39].

Таким чином, впровадження нових підходів у процесі реабілітації осіб з військовими травмами, спрямовується на підвищення їх соціальної активності, залученості до суспільних процесів, інтеграції в громадське життя.

Метою оцінювання є визначення потреби в реабілітації та планування дій з надання реабілітаційних послуг. Реалізується шляхом формування мультидисциплінарної реабілітаційної команди (МДРК), проведення комплексного фахового оцінювання пацієнта за критеріями Міжнародної класифікації функціонування (МКФ) та визначення його реабілітаційного потенціалу;

2 – планування. Метою планування є спільне узгодження цілей та методів лікування. Реалізується шляхом засідання МДРК, спільного визначення SMART-цілей, орієнтованих на участь та активність пацієнта, затвердження індивідуального реабілітаційного плану ;

втручання. Метою цієї фази є досягнення функціональних цілей згідно з ІРП. Реалізується шляхом проведення індивідуальних та групових занять (фізична терапія, ерготерапія, психологічна допомога) відповідно до затвердженого ІРП і графіку та документування прогресу у лікуванні. В процесі лікування здійснюється постійний обмін інформацією між членами МДРК та оперативне вирішення проблем, що виникають;

– переоцінювання. Метою переоцінювання є оцінка ефективності медичних процедур та планування подальших дій. Реалізується комплексом заходів з проведення повторного обстеження та оцінки досягнення короткострокових цілей реабілітації. У разі їх досягнення, процедури замінюються новими (більш складними), а у разі відсутності прогресу - аналізуються причини та коригуються

методи втручання або самі цілі. Після досягнення довгострокових цілей або вичерпання реабілітаційного потенціалу, МДРК складає реабілітаційний епікриз та надає детальні рекомендації для подальшої реабілітації на наступному етапі (амбулаторна/громадська реабілітація) та передає інформацію кейс-менеджеру (або координатору) для забезпечення соціальної адаптації (ТЗР, протезування).

В умовах воєнних дій організація надання реабілітаційних послуг потребує адаптування до нових реалій, що «передбачає: формування мультидисциплінарних команд; створення мобільних реабілітаційних бригад; запровадження реабілітації на рівні первинної медичної допомоги, міжсекторальної взаємодії тощо» [48] (рис. 1.2).

Загалом, організація реабілітаційних послуг у закладі охорони здоров'я спрямована на реалізацію наступних ключових завдань:

- забезпечення доступності до реабілітаційних послуг всіх, хто її потребує. Передбачає створення умов для своєчасного та безперешкодного доступу до реабілітації на всіх її етапах (гострий, підгострий, довготривалий);

- забезпечення якості процесу надання реабілітаційної послуги. Реалізується шляхом впровадження мультидисциплінарного командного підходу та міжнародних стандартів (на основі МКФ) у практику роботи ЗОЗ; персоніфікація надання реабілітаційної послуги. Передбачає розроблення та реалізацію індивідуального реабілітаційного плану для кожної особи, орієнтованого на її функціональні цілі і реабілітаційний потенціал;

## Організаційні аспекти надання реабілітаційних послуг в умовах військових дій

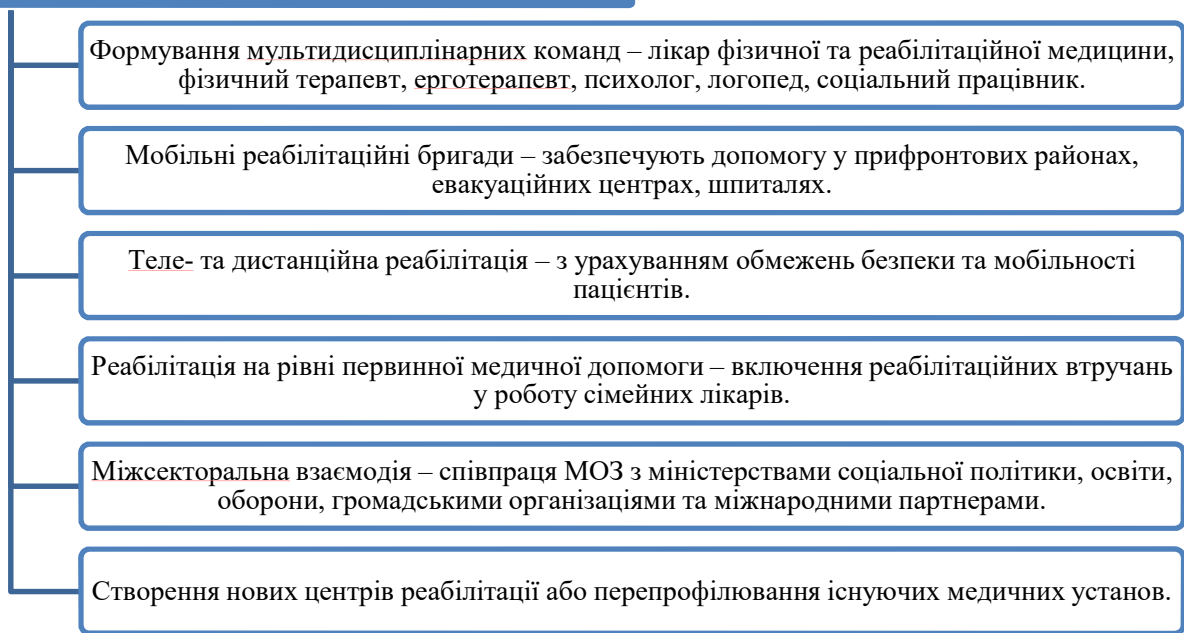


Рис. 1.2. Організація надання реабілітаційних послуг в умовах військових дій  
Примітка. Наведено за [48]

- ефективно управління ресурсами у процесі надання реабілітаційних послуг. Реалізується шляхом оптимізації використання кадрових, фінансових та матеріально-технічних ресурсів реабілітаційного підрозділу.

За інформаційним повідомленням Міністерства охорони здоров'я України воно системно працює над питаннями удосконалення системи реабілітації у сфері ОЗ. Зокрема, у 314 медзакладах України можна безоплатно отримати реабілітаційні послуги в умовах стаціонару. Станом на кінець 2024 р. було профінансовано 1,9 млрд грн. за надану ними реабілітаційну допомогу. Амбулаторна реабілітація є безоплатною для пацієнтів у 470 поліклініках. У р. оплата таких послуг була диференційована в залежності «від важкості травми й складає від 19 000 грн до 41 000 грн за цикл. На базі прогресивних реабілітаційних відділень створюються центри досконалості, які функціонують як тренінгові хаби для інших реабілітаційних команд й активно впроваджують новітні практики, що відповідають міжнародним стандартам» [17].

Отже, ефективна організація реабілітаційної допомоги з урахуванням викликів воєнних дій вимагає гнучкості, адаптивності та міждисциплінарного підходу. Необхідно забезпечити безперервність реабілітаційного процесу, його

доступність та відповідність міжнародним стандартам. Подальше становлення реабілітаційної системи повинно відбуватись із врахуванням досвіду військової медицини, потреб мирного населення та принципів людино центричності.

## **1.2. Інституційне забезпечення процесу надання реабілітаційних послуг в закладі охорони здоров'я**

Інституційне забезпечення процесу надання реабілітаційних послуг є комплексом, який поєднує державні інститути, нормативно-правові акти та механізми фінансування, які регулюють, фінансують та контролюють процеси організації надання реабілітаційної допомоги. На сьогодні таке забезпечення перебуває на етапі активної трансформації, спричиненої медичною реформою та потребами і викликами воєнного часу.

Основу інституційного забезпечення складають базові правові акти, що докорінно змінюють підхід до реабілітації, а саме:

1) Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [32], який спрямований на забезпечення якості, доступності та безперервності реабілітаційних послуг, запроваджує біопсихосоціальний підхід в систему реабілітації, обов'язкове використання Міжнародної класифікації функціонування (МКФ), та закріплює надання реабілітаційних послуг мультидисциплінарними командами (МДРК). Ключові підходи в організації системи реабілітації, які закладені в норми Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», наведені в табл. 1.2.;

2) Постанови КМУ та накази МОЗ, які регламентують порядок організації роботи реабілітаційних відділень, деталізують етапи надання реабілітаційної допомоги, встановлюють вимоги до кваліфікаційного рівня фахівців з реабілітації (зокрема, лікарів фізичної та реабілітаційної медицини, фізичних та ерготерапевтів), а також визначають обсяги та встановлюють стандарти надання реабілітаційних послуг [24;28;26;29]. Так, згідно Постанови КМУ № 1268 [24], обсяг надання реабілітаційної допомоги визначається «кількістю годин роботи фахівців з реабілітації (кількістю реабілітаційних сесій) з особою, яка потребує

реабілітації, за добу» [24].

Таблиця 1.2

**Ключові підходи до організації системи реабілітації, закладені в норми Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я»**

Цілі організації	Підходи до організації системи реабілітації	Сутність підходу
<b>Зміна філософії реабілітації</b>	Перехід до біопсихосоціальної моделі надання реабілітаційних послуг	Реабілітація сфокусована не лише на лікуванні хвороби, а й на відновленні функціонування особи, її участі в житті суспільства та подоланні обмежень.
	Обов'язкове використання підходів МКФ:	Запровадження Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я як єдиної мови для оцінки функціонального стану, планування втручань та моніторингу прогресу
<b>Інституціоналізація командної роботи</b>	Створення мультидисциплінарної реабілітаційної команди.	МДРК визнається єдиним інституційним механізмом надання реабілітаційної допомоги. Це гарантує, що потреби особи розглядаються комплексно, а не окремими фахівцями
	Професіоналізація в наданні реабілітаційних послуг	Визначення правового статусу нових для України професій, а саме: лікаря фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ), фізичного терапевта та ерготерапевта, які є ключовими фігурами в МДРК.
<b>Безперервність та етапність допомоги</b>	Чітке визначення етапів надання реабілітаційної допомоги	Встановлення вимог до надання реабілітаційної допомоги на різних етапах: гострому, постгострому (стаціонар) та довготривалому (амбулаторному та диспансерному), забезпечуючи її наступність.
	Індивідуалізація планування надання реабілітаційної допомоги	Визначення ІРП як обов'язкового, основного документа, що містить індивідуальні, пацієнтоорієнтовані цілі, сформульовані МДРК спільно з особою.

Примітка. Узагальнено автором за [32]

Високим вважається обсяг, якщо на реабілітаційні процедури пацієнта витрачається три і більше годин (або 15 і більше годин на тиждень); середнім – якщо реабілітаційні заходи пацієнту проводяться від однієї до двох годин на добу; низьким - якщо кількість годин реабілітації складає одну (або менше) годину на добу. Основною вимогою надання реабілітаційної допомоги є дотримання протоколів надання реабілітаційної допомоги та встановлених стандартів якості. Ключовими аспектами стандартизації процесу надання реабілітаційної допомоги

є: мультидисциплінарний підхід; індивідуальний підхід (план) до реабілітації; форми надання допомоги; її безперервність; забезпечення допоміжними засобами реабілітації.

Закони України «Про основи соціального захисту ветеранів війни» [30] та «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» [31], які визначають особливості та гарантії доступу до реабілітації для військовослужбовців та ветеранів війни, а також осіб з інвалідністю.

Відповідальність за формування та реалізацію політики у сфері реабілітації розподілена між двома ключовими міністерствами, що є головною організаційною особливістю системи реабілітації в Україні, а саме: Міністерством охорони здоров'я України та Міністерством соціальної політики України. У функції МОЗ України входять питання: формування державної політики у сфері медичної реабілітації; затвердження галузевих стандартів та клінічних протоколів надання реабілітаційних послуг; регулювання кадрового забезпечення (освітні та кваліфікаційні вимоги до фахівців з надання реабілітаційної допомоги); ліцензування та акредитація закладів, що надають медичну реабілітацію; проведення моніторингу та оцінювання якості реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я; забезпечення контролю якості допоміжних засобів реабілітації [31].

Функціонал Міністерства соціальної політики України у питаннях надання реабілітаційної допомоги зосереджений на: формуванні політики у сфері соціальної та професійної реабілітації; забезпеченні технічними засобами реабілітації, протезуванням; організації діяльності центрів соціальної реабілітації та інтеграції в громаду тощо.

Фінансове та контрольне забезпечення надання реабілітаційних послуг здійснюється Національною службою здоров'я України (НСЗУ), яке напряму пов'язується з якістю таких послуг та відповідності процесу надання реабілітаційної допомоги встановленим вимогам. Обов'язковою умовою фінансування є укладення договору за пакетами ПМГ «Реабілітаційна допомога

дорослим та дітям у стаціонарних умовах» або «Реабілітаційна допомога дорослим та дітям в амбулаторних умовах».

Надання реабілітаційних послуг в Україні забезпечується різними інституціями, об'єднаними необхідністю дотримуватися єдиних стандартів. До надавачів реабілітаційних послуг, що входять в систему ЗОЗ, згідно Закону України належать:

фахівці з реабілітації (лікарі фізичної та реабілітаційної медицини; ерготерапевти; фізичні терапевти; терапевти мови і мовлення; протезисти-ортезисти; психологи, психотерапевти тощо);

реабілітаційні заклади, амбулаторії, центри реабілітації та відновлення, заклади реабілітації, відділення, структурні підрозділи лікарень, що надають медичну реабілітацію за етапами (інтенсивна, амбулаторна), фізичні особи-підприємці, які мають відповідну ліцензію. Їхньою інституційною функцією є забезпечення формування та діяльності мультидисциплінарної реабілітаційної команди;

мультидисциплінарні реабілітаційні команди, які на сьогодні є ключовим інституційним механізмом на рівні реабілітаційного закладу і відповідають за формування та реалізацію індивідуального реабілітаційного плану;

До закладів, що проводять заходи соціальної адаптації і психосоціальної підтримки, а також надають реабілітаційні послуги, не пов'язані безпосередньо з медичним лікуванням, входять територіальні центри соціального обслуговування, які знаходяться в системі соціального захисту населення.

Як засвідчують аналітичні оцінки ефективності надання реабілітаційної допомоги особам, які її потребують [11;18; 37 ], головними викликами інституційного забезпечення, на яких має бути сфокусована основна увага, є:

1) потреба в ефективній міжсекторальній координації, зумовлена недостатньою синхронізацією дій та обміну інформацією між МОЗ (медична реабілітація, ІРП) та Мінсоцполітики (забезпечення ТЗР, соціальна адаптація);

2) дисбаланс фахівців з реабілітації. Інституційні вимоги МОЗ до складу МДРК (особливо щодо ерготерапевтів та фізичних терапевтів) випереджають можливості системи освіти щодо їх підготовки та сертифікації;

3) недостатність мережі закладів з реабілітації. Хоча НСЗУ фінансує роботу таких закладів, інституційна мережа якісних реабілітаційних відділень, особливо у громадах, залишається нерозвиненою для задоволення потреб воєнного часу.

Щодо питання синхронізації дій та обміну інформацією між МОЗ та Мінсоцполітики, то на сьогодні воно є одним із найбільш критичних організаційних викликів у системі реабілітації України. Це необхідно для забезпечення безперервності реабілітаційного ланцюжка, особливо для військових та цивільних осіб із високим ступенем втрати функцій.

В контексті інституційного забезпечення надання реабілітаційної допомоги важливе значення має застосування підходів «Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я» [16], яка вважається фундаментальним інструментом сучасної реабілітації. За своїм змістом, МКФ є уніфікованою та стандартизованою мовою, розробленою ВООЗ, для опису станів здоров'я та пов'язаних із ними функціональних станів людини. МКФ класифікує функціонування особи у чотирьох ключових компонентах, які взаємодіють між собою, а саме: 1) функції та структура організму пацієнта (виявлення наявних порушень фізичних та психологічних функцій або структурі організму); 2) активність (оцінка труднощів, які виникають у процесі виконання окремих завдань та дій); 3) участь (оцінка проблем, які обмежують залучення особи до життєвих ситуацій); 4) фактори середовища перебування, що дозволяють ідентифікувати соціальні та фізичні бар'єри та включати їх у план корекції. Модель МКФ проілюстрована на рис. 1.3.

В практиці надання реабілітаційної допомоги, МКФ використовується міждисциплінарною реабілітаційною командою для:

оцінки потреб, в рамках яких визначаються можливості пацієнта виконувати або не виконувати певні дії;

складання індивідуального реабілітаційного плану, цілі якого зорієнтовані на відновлення участі та активності пацієнта;



Рис. 1.3. Модель Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я пацієнта

Примітка. Наведено за [16]

моніторингу прогресу в реабілітації, де оцінка динаміки функціональних змін встановлюється за допомогою стандартизованих кодів і класифікаторів [16].

Таким чином, МКФ є організаційною рамкою, яка структурує процес догляду за пацієнтами, забезпечує командну взаємодію та орієнтує допомогу на досягнення максимальної самостійності особи.

Важливим аргументом для використання підходів МКФ в українській практиці є те, що змінюються підходи до організації реабілітаційної допомоги, основний фокус якої зосереджується на потребах і можливостях пацієнта у його реальному життєвому середовищі. МКФ відходить від «класифікації наслідків» захворювання до класифікації «компонентів здоров'я». «Компоненти здоров'я визначають складові здоров'я, в той час як наслідки зосереджуються на впливі захворювань або інших станів здоров'я на кінцевий результат» [17].

В Україні принципи і підходи до класифікації станів пацієнта за МКФ знайшли відображення в ухваленому в 2022р. Національному класифікаторі 030:2022 «Класифікатор функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я» [21]. Це дозволить уніфікувати процеси встановлення інвалідності до міжнародних стандартів, що забезпечить створення цілісної системи реабілітації в Україні, потреба в якій є нагальною з огляду на воєнні виклики та погіршення середовища життєдіяльності громадян. Першим кроком у адаптації принципів МКФ є розроблення електронного модуля «оцінки рівня функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я особи» [17]. Окрім того, використання Національного класифікатору є обов'язковою вимогою НСЗУ. Реабілітаційні втручання мають бути обґрунтовані функціональними обмеженнями, зафіксованими відповідними кодами МКФ. Це дасть можливість оцінити ефективність роботи реабілітаційного закладу та забезпечить прозорість фінансування.

Проведені дослідження дозволяють стверджувати, що система реабілітаційних послуг в Україні перебуває на етапі докорінної інституційної та концептуальної трансформації, яка є відповіддю на глобальні стандарти ВООЗ та безпрецедентні потреби, спричинені воєнним станом. Законодавчою основою цієї трансформації є Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», норми якого спрямовані на впровадження біопсихосоціальної моделі та обов'язкове використання Міжнародної класифікації функціонування (МКФ). Цей перехід змінює фокус з лікування хвороби на відновлення функціонування та соціальної участі особи.

Встановлено, що організаційна модель надання реабілітаційних послуг у закладах охорони здоров'я ґрунтується на діяльності мультидисциплінарної реабілітаційної команди та циклічній логіці процесу, ключовим елементом якої є індивідуальний реабілітаційний план.

Основними організаційними викликами в наданні реабілітаційної допомоги на цьому етапі є:

недостатність кваліфікованих кадрів з медичної реабілітації. Існує невідповідність між законодавчими вимогами до складу МДРК та фактичними можливостями системи освіти їх підготувати.

необхідність суворого дотримання нормативів інтенсивності терапії (3 години індивідуальних занять на стаціонарному етапі) та управління цим процесом для забезпечення фінансування НСЗУ;

відсутність синхронізації дій та критичний розрив у міжвідомчій взаємодії між МОЗ (медична реабілітація) та Мінсоцполітики (соціальна адаптація та забезпечення ТЗР), що порушує принцип безперервності допомоги.

## РОЗДІЛ 2

### ОЦІНКА ПРАКТИКИ НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПОСЛУГ В ДОСЛІДЖУВАНОМУ ЦЕНТРІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ВІДНОВЛЕННЯ

#### Діагностична оцінка процесу організації надання реабілітаційних послуг в Центрі реабілітації та відновлення

Практичні аспекти організації надання реабілітаційних послуг нами досліджувалися на прикладі «Центру Реабілітації та Відновлення», який є сучасним лікувальним, реабілітаційним та профілактичним закладом у м.Тернопіль. Входить в об'єднання реабілітаційних центрів в єдиному он-лайн порталі в рамках реалізації проєкту «Реабілітаційна платформа України», який реалізується БФ «Разом для України» за підтримки SAP Ukraine. Центр реабілітації та відновлення провадить свою медичну практику на основі отриманої ліцензії і є приватним закладом.

За своєю організаційною формою Центр є закладом, що надає комплекс послуг для відновлення фізичного та психоемоційного стану людей, які перенесли травми або операції для повернення їх до повноцінного життя. Основна мета його діяльності полягає у відновленні фізичного, психологічного та соціального функціонування пацієнта, наданні допомоги в адаптації до нових умов життя та інтеграції в суспільні процеси. Зорієнтованість на відновлення здоров'я пацієнта проявляється у девізі команди фахівців Центру «Поверніть якість життя без болю. Ми поруч» [52].

Основним завданням Центру реабілітації та відновлення є:

- 1) надання висококваліфікованої реабілітаційної допомоги за необхідним пакетом реабілітаційних і відновлювальних послуг;
- 2) розроблення та впровадження індивідуальних програм реабілітації, відновлення та оздоровлення;
- 3) надання професійних консультацій фізичними терапевтами та методологічної підтримки питаннях повсякденної життєдіяльності і функціонування.

Пріоритетною спеціалізацією Центру є реабілітація пацієнтів у сфері травматології та ортопедії, а також частково неврології (для дорослих та дітей). Ключовими станами пацієнтів, які проходять реабілітацію є реабілітація після травм і операцій, підготовка до ендопротезування. Нозологічними формами є лікування дегенеративно-дистрофічних захворювань хребта (Остеохондроз, Грижа міжхребцевого диска, Спондилоартроз), захворювань суглобів (Артроз, Гонартроз, Коксартроз) та порушень ОРА у дітей (Сколіоз, Плоскостопість). Надання реабілітаційних послуг зорієнтовано на дорослих і дітей (від 5 років), які потребують відновлення рухових функцій та функцій центральної та периферичної нервової системи.

Основний спектр послуг та процедур, які надаються у центрі, наведено на рис. 2.1.

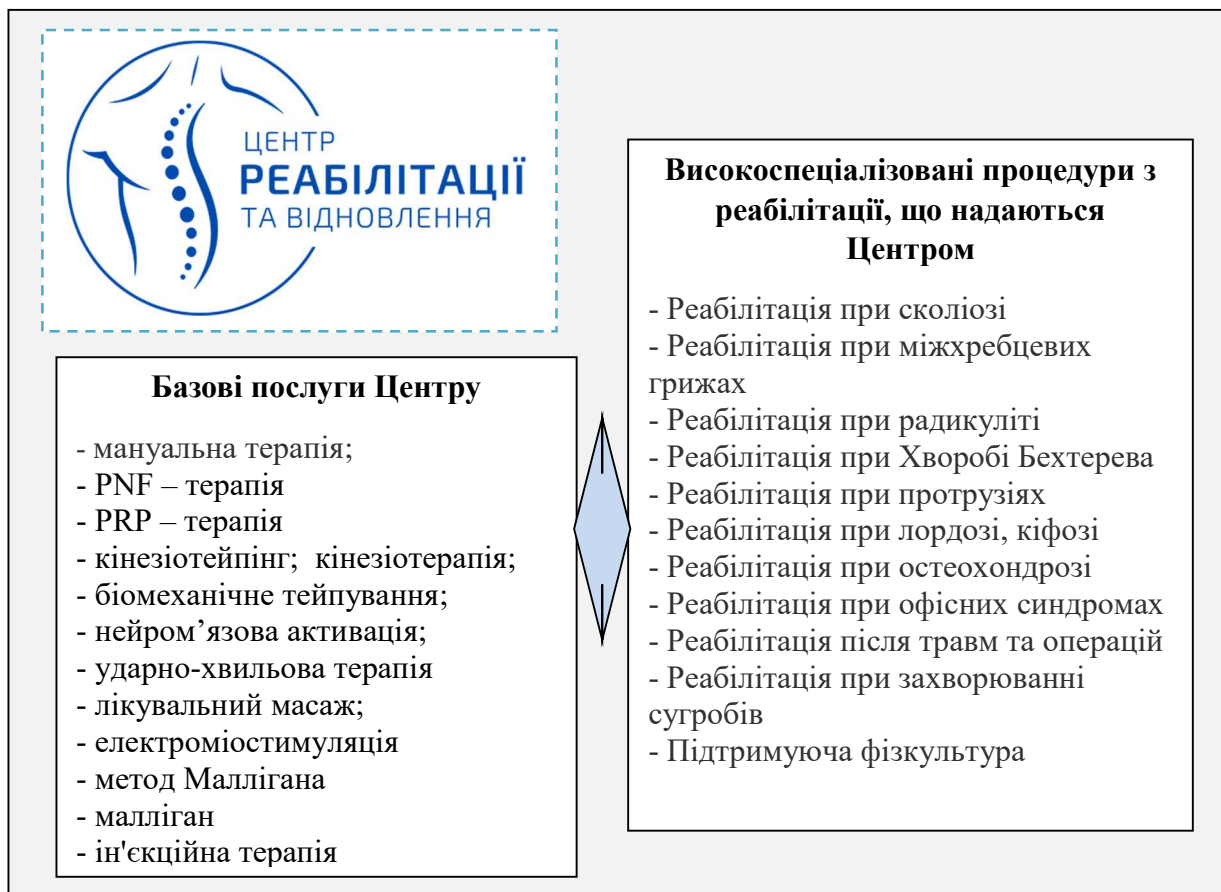


Рис. 3.1. Послуги та процедури, що надаються Центром реабілітації та відновлення

Примітка. Узагальнено автором за [52]

Як свідчить наведена на рис.3.1 інформація, Центр у своїй діяльності використовує широкий спектр фізичних та мануальних технік, поєднуючи їх з ін'єкційною терапією:

фізична терапія та кінезіотерапія, а саме: кінезіотерапія (як основа), петлі TRX, спеціалізовані техніки (PNF – терапія, методика маллігана);

фізіотерапія та додаткові техніки, такі як ударно-хвильова терапія, ультразвукова терапія, електроміостимуляція, Dry Needle (метод сухої голки), кінезіотейпування;

мануальні техніки та масаж, а саме, лікувально-оздоровчий масаж, перкусійна терапія, інструментальна мобілізація м'яких тканин;

лікарські втручання, такі як внутрішньосуглобові блокади, ін'єкції гіалуронової кислоти, PRP – терапія;

ортопедія, а саме виготовлення індивідуальних ортопедичних устілок тощо.

Отже, можна вважати, що діяльність Центру реабілітації та відновлення характеризується як комплексна, але переважанням наданням фізичної та ортопедичної реабілітації, що застосовує сучасні терапевтичні методики під контролем лікаря-травматолога.

Процес реабілітації в Центрі проходить в декілька етапів і включає:

1 етап – первинна консультація профільного спеціаліста;

2 етап – розроблення індивідуальної програми реабілітації для кожного пацієнта відповідно до потреб у лікуванні, реабілітації чи відновленні;

3 етап – надання послуг з реабілітації (курс реабілітації);

4 етап – закріплення результату. Надання рекомендації щодо домашнього догляду.

Конкретизація процесу організації надання реабілітаційних послуг за кожним етапом проілюстровано на рис. 2.2. В процесі надання реабілітаційної допомоги Центр дотримується індивідуалізованого підходу, поєднуючи лікарську діагностику та фізичну терапію. Для кожного пацієнта розробляється індивідуальна програма реабілітації, спрямована на максимальне відновлення рухових функцій.



Рис. 2.2. Етапи надання реабілітаційної допомоги в Центрі реабілітації відновлення м. Тернополя

Примітка. Узагальнено автором за [52]

Аналіз процесу надання реабілітаційної допомоги в Центрі засвідчив відсутність явної міждисциплінарної реабілітаційної команди, оскільки в реабілітаційному курсі відсутні послуги лікаря фізичної та реабілітаційної медицини ФРМ, ерготерапевтів чи психологів, що свідчить про домінування біомеханічного/ортопедичного фокусу над повноцінною мультидисциплінарною (біопсихосоціальною) моделлю реабілітації.

Загалом, організація надання реабілітаційних послуг в Центрі ґрунтується на таких базових принципах: пацієнтоцентричності, зорієнтованого на потребах

та побажаннях пацієнта, безпосереднього його залучення до формування ППР; комплексності, що передбачає одночасне залучення усіх необхідних фахівців для вирішення фізичних, психологічних та соціальних проблем пацієнта; безперервності надання, в основу чого закладається послідовність дій на всіх етапах без перерв у реабілітаційному періоді; своєчасності, що означає ранній початок реабілітаційних заходів одразу після стабілізації стану особи, що забезпечує найкращі результати; партнерства та активної участі самої особи і її родини у процесі планування та реалізації індивідуального реабілітаційного плану; орієнтації на функціональний прогрес, реабілітація має бути спрямованою на досягнення оптимального рівня функціональної спроможності у середовищі проживання.

Організаційно-управлінську модель діяльності Центру реабілітації та відновлення можна представити такими основними блоками:

керівництво та забезпечення діяльності (відповідає за стратегію розвитку, фінансову стійкість, кадрове та матеріально-технічне забезпечення центру, зовнішні зв'язки, забезпечення безбарєрності, охорону праці, управління майном, навчання та безперервний професійний розвиток працівників, залучення коштів та грантів, несе юридичну відповідальність тощо);

управління організаційними процесами (спрямовується на: забезпечення контролю якості; постійне покращення процесу надання реабілітаційних послуг; дотримання цілей лікування та реабілітації; моніторинг інтенсивності та забезпечення виконання часових нормативів індивідуального лікування; ідентифікацію та мінімізацію ризиків, пов'язаних із вторинними ускладненнями та психологічним вигоранням пацієнта; регулярний аудит з боку відповідального за процес щодо дотримання цілей функціонування, а не лише розкладу процедур);

управління результатом (спрямовується на вимірювання функціонального прогресу через порівняння функціональної здатності на вступі та виписці; оцінку рівня задоволеності пацієнтів через регулярне анкетування пацієнтів щодо якості послуг, комунікації в команді та доступності інформації);

управління командами фахівців-терапевтів та інших спеціалістів (передбачає чітке розмежування ролей фахівців, затвердження внутрішніх положень, які детально описують ролі та відповідальність кожного члена команди (особливо ролі фізичного та ерготерапевта); проведення регулярних командних нарад для спільного прийняття рішень щодо ІРП, тощо);

організація реабілітаційного процесу (передбачає розроблення чіткої процедури надання реабілітаційної допомоги від початкового етапу (первинного обстеження та формування реабілітаційного діагнозу, розроблення ІПР та проведення фізичної реабілітації), до його завершення, з відновленням навичок самообслуговування та адаптації до середовища проживання);

координація діяльності та забезпечення зворотного зв'язку (передбачає здійснення заходів щодо включення пацієнта в ширшу реабілітаційну систему поза межами Центру.

На основі проведених досліджень організації надання реабілітаційної допомоги в Центрі, можемо виділити його сильні та слабкі сторони поточної діяльності, особливо у контексті сучасних стандартів ВООЗ та вимог для комплексної реабілітаційної допомоги.

Сильні сторони Центру визначаються його чіткою клінічною спеціалізацією та фокусом на фізичній терапії, і полягають у:

чіткій клінічній спеціалізації. Це дозволяє накопичувати значний досвід і підвищувати експертність у лікуванні захворювань хребта, суглобів та відновленні після операцій (ендопротезування);

широкому спектрі використовуваних фізичних методик. У практиці надання допомоги використовується багатий арсенал доказових та сучасних методів фізичної терапії, що забезпечує гнучкість у складанні індивідуальних програм реабілітації;

структурованості процесу надання допомоги. Надання послуг чітко розділене на чотири етапи (від первинної консультації до рекомендацій з домашнього догляду), що свідчить про системний підхід до ведення пацієнта;

висока клієнтоорієнтованість. Основний наголос робиться на індивідуальній програмі реабілітації та регулярному лікарському контролі, що є важливим для мотивації та досягнення результату.

Слабкі сторони виникають переважно через обмеженість організаційної спроможності Центру в повній мірі відповідати принципам комплексного біопсихосоціального підходу, необхідного для складної реабілітації. Такими проблемними ділянками в організації надання допомоги в сучасних умовах є:

відсутність повноцінної мультидисциплінарної команди. Це критично обмежує можливість Центру надавати допомогу за повним біопсихосоціальним підходом, особливо для пацієнтів з неврологічною травмою або військовою травмою;

домінування біомеханічного/ортопедичного фокусу. Спеціалізація Центру, хоча і є сильною, але, одночасно, є вузькою. Відсутність ерготерапії означає, що може бути недостатньо уваги приділено відновленню навичок участі та самообслуговування, а не лише функцій організму;

неясність системи фінансування та звітності. Як приватний центр, він може мати проблеми з повним інтегруванням у державну систему фінансування НСЗУ, оскільки його організаційна структура може не відповідати всім вимогам встановленим вимогам;

акцент на лікарсько-центричній моделі надання реабілітаційних послуг. Основний процес починається і завершується консультацією лікаря ортопедо-травматолога, а не лікаря ФРМ, що може свідчити про підхід, орієнтований на діагноз, а не на функцію.

Загалом, можна вважати, що Центр реабілітації та відновлення є сучасний лікувальний, реабілітаційний і профілактичний закладом, діяльність якого сфокусована на наданні якісної амбулаторної та профілактичної реабілітаційної допомоги з чіткою орієнтацією на відновлення функцій опорно-рухового апарату.

## **Аналіз ресурсного забезпечення надання реабілітаційних послуг в досліджуваному Центрі**

Ефективність функціонування Центру реабілітації та відновлення як автономної структури безпосередньо залежить від його ресурсної спроможності, що охоплює кадровий, фінансовий, технічний та управлінський зрізи, а також організаційні механізми забезпечення якості реабілітаційної допомоги. Аналіз цих ресурсів дозволяє ідентифікувати стратегічні ризики та точки зростання.

Кадровий ресурс є найбільш критичним у реабілітації. Ключовими фахівцями у реабілітаційному центрі є лікар ортопед-травматолог (який проводить первинну консультацію, діагностику та коригує лікування), 2-а фізичних терапевти (які володіють різними методиками та відповідають за функціональну діагностику та виконання програми), а також 4 асистенти фізичних терапевтів, які забезпечують реалізацію індивідуального плану реабілітації за різними напрямками надання допомоги.

Фахівці реабілітаційного центру є кваліфікованими співробітниками, які на постійній основі підвищують свій професійний рівень та набувають додаткових знань і умінь на курсах підвищення кваліфікації, науково-практичних енциях, майстер-класах тощо» [52].

Аналіз кадрового складу Центру виявив певні функціональні проблеми в спроможності забезпечувати безперервність реабілітаційного циклу та його інтенсивність і функціональну стабільність. Такі проблеми виникають навколо питань: відсутності лікаря ФРМ, ерготерапевтів та психологів. Це прямо порушує вимоги до співвідношення фахівець/пацієнт для забезпечення повноцінної мультидисциплінарної допомог і створює загрозу для можливості контрахтування пакетів інтенсивної реабілітації з НСЗУ. Загалом, оцінка кадрового потенціалу центру має здійснюватися за низкою відносних показників, яким є: співвідношення фахівців до кількості пацієнтів, що проходять реабілітацію, що дозволить оцінити спроможність центру забезпечити необхідну інтенсивність реабілітаційних процедур; коефіцієнт плинності, спрямованого на

оцінку стабільності команди. Низький показник свідчить про ефективне утримання ключових фахівців; рівень сертифікації провідних фахівців (особливо терапевтів), що визначається у відсотковому співвідношенні фахівців, які мають сертифікати, що підтверджують кваліфікацію за стандартами (ВООЗ/Міжнародної асоціації) до їх загальної чисельності; завантаженість лікаря, як відношення кількості пацієнтів, які перебувають під наглядом лікаря до нормативне навантаження.

Фінансова спроможність Центру залежить від обсягу наданих послуг і виконаних процедур, та встановлених цін за кожен їх вид в залежності від складності і тривалості роботи. Цінові параметри послуг, які надаються Центром, наведені в 2.1. В розрахунок ціни закладаються витрати на оплату праці основного, допоміжного та персоналу, витратні матеріали, накладні витрати, оплата комунальних послуг та оренда, витрати на рекламу, підтримку сайту, SEO-просування, інші представницькі витрати, а також закладається бажаний відсоток прибутку, який необхідний для розвитку Центру та впровадження новітніх методик реабілітації.

Зокрема, для встановлення ціни на індивідуальне реабілітаційне заняття, розраховується собівартість однієї години такого заняття (наприклад, 60 хвилин), куди включаються: оплата праці реабілітолога (розраховується як погодинна ставка фахівця, який проводить заняття, плюс відповідні податки та ЄСВ), вартість матеріалів, використаних безпосередньо під час заняття (наприклад, одноразові простирадла, тейпи, антисептики, креми, що амортизуються); непрямі накладні витрати (амортизація обладнання в частці вартості використаного обладнання та приміщення (тренажери, столи, інвентар) за одну годину, частка зарплати адміністративного та управлінського персоналу (директора та адміністратора); частка витрат на опалення, електроенергію, воду та оренду приміщення, пропорційна тривалості заняття; маркетингові витрати та планова рентабельність, яка залежить від ринкової ситуації, необхідності розвитку та можливих ризиків. Коливається в межах від 15 до 40 %.

## Ціни на діагностику в центрі у м. Тернопіль

Назва послуги	Ціна, грн.
Первинний огляд лікаря + тестове заняття з кінезіотерапії (БФБТ)	
Повторний огляд лікаря Лікар/ФТ	
Разове заняття з кінезіотерапії (до 50хв.)	
Індивідуальне заняття з реабілітологом (до 50хв)	
Заняття по NEURAC (Redcord) (до 50хв)	
Індивідуальні устілки	Від 100€
<b>МАСАЖ</b>	<b>Ціна, грн.</b>
Лікувальний масаж: загальний (спина, руки, ноги до 60 хв)	
Лікувальний масаж: спина (до 30 хв)	
Лікувальний масаж: шийно-комірцева ділянка (до 20 хв)	
Лікувальний масаж: ноги (до 30 хв)	
Лікувальний масаж: руки (до 20 хв)	
<b>ПРОЦЕДУРИ</b>	<b>Ціна, грн.</b>
Міостимуляція (до 20 хв)	
УЗТ (фонофорез) (до 15 хв, одна ділянка) – Без урахування препаратів	
Магнітна терапія ( до 15 хв )	
Пресотерапія Нижні кінцівки ( до 25 хв )	
Перкусійна терапія: спина – руки,ноги (до 25 хв)	
Перкусійна терапія: спина, руки, ноги (до 45 хв)	
IMMT + CUPING терапія(до 25 хв)	
<b>ДОДАТКОВІ ПРОЦЕДУРИ</b>	<b>Ціна, грн.</b>
DryNeedling – Метод сухої голки, робота з МФБС та МТТ	
Кінезіологічне тейпування (ділянка до 100см + 100грн за наст. 100см)	
Лімфатичне/Естетичне тейпування	
Біомеханічне тейпування (ділянка до 100 см)	
<b>ІН'ЄКЦІЙНІ ПРОЦЕДУРИ</b>	<b>Ціна, грн.</b>
Внутрішньо-м'язова ін'єкція – БЕЗ урахування вартості препарату	
Ін'єкційна терапія (блокада) – БЕЗ урахування вартості препарату	
PRP терапія – разово	
Внутрішньо-суглобове введення гіалуронової кислоти – разово	

Кінцева ціна коригується залежно від зовнішніх і внутрішніх чинників, а саме: кваліфікації провідного фахівця (заняття з фахівцем вищої категорії (наприклад, міжнародна сертифікація) матиме вищу ставку і, відповідно, вищу ціну); рівня конкуренції на ринку реабілітаційних послуг (ціна не може бути значно вищою, ніж у прямих конкурентів у регіоні. Ринок встановлює верхню межу); форми оплати послуги/процедури (ціна може бути нижчою при купівлі курсу (пакетна ціна) або для великих корпоративних клієнтів); типу терапії (використання високотехнологічного обладнання (наприклад, роботизована

реабілітація) може суттєво збільшити амортизаційну частку у собівартості, що впливає на ціну послуги).

Фінансова спроможність реабілітаційного центру оцінюється через показники, що відображають ефективність використання активів та залежність від джерел доходів. Такими показниками є: собівартість реабілітаційної години (цей індикатор є критичним для приватних структур, оскільки його порівняння з ринковою ціною визначає рентабельність діяльності. Висока собівартість (внаслідок високих витрат на кваліфікований персонал та обладнання) є типовою слабкою стороною реабілітаційних центрів); коефіцієнт завантаження потужностей (високий коефіцієнт використання пацієнто-години свідчить про ефективне управління інфраструктурою); аналіз коефіцієнта фінансової залежності (диверсифікація доходів є ключовою можливістю для підвищення фінансової стійкості).

Технічна спроможність центру дозволяє оцінити якість, достатність та доступність обладнання та інфраструктури для пацієнтів. Показниками її стану є: доступність середовища (інклюзивність інфраструктури); спеціалізована забезпеченість; ступінь оновлення обладнання. Зміст цих показників наведений в табл. 2.2.

Таблиця 2.2

### Показники оцінки технічної спроможності центру в наданні реабілітаційних послуг

Показники оцінки	Зміст показника	Призначення
Доступність середовища (інклюзивність)	Відсоток приміщень (палати, санвузли, входи), що відповідають вимогам ДБН щодо безбар'єрності.	Оцінка відповідності інфраструктури потребам пацієнтів з обмеженою мобільністю (вимога Закону).
Спеціалізована забезпеченість	Наявність (так/ні) критично важливих зон та технологій (наприклад, кабінет ерготерапії, зона протезування, обладнання для ранньої реабілітації).	Оцінка можливості надавати комплексні послуги.
Коефіцієнт морального зносу обладнання	Використання сучасних технологій (VR, спеціалізовані тренажери) є можливістю для підвищення ефективності реабілітаційної допомоги.	Оцінка необхідності оновлення та модернізації технічної бази.

Варто зазначити, що в практичній діяльності Центр активно застосовує новітні інноваційні методи безопераційного лікування, які сфокусовані на радіально ударно-хвильовій терапії. Як стверджує керівництво, «для допомоги пацієнтам у центрі використовують провідні методи реабілітації, які визнані у світі й довели свою результативність. Сюди можна звернутись для реабілітації при сколіозі, радикуліті, Хворобі Бехтерева, захворюванні суглобів, а також у центрі доступна підтримуюча фізкультура» [52].

В рамках управлінської спроможності оцінюється ефективність прийнятих рішень та організації процесу надання реабілітаційних послуг. Для такої оцінки використовуються наступні показники: індекс ефективності реабілітації (який є ключовим показником, що інтегрує всі ресурси. Високий індекс (швидкість функціонального приросту) свідчить про належне управління ІРП та високу якість послуг); коефіцієнт наступності допомоги (Є часом між випискою та початком соціального супроводу особи або отриманням ТЗР. Низький показник є критичною загрозою, що вказує на розрив у допомозі); дотримання заходів ІРП (кількість досягнення встановлених цілей демонструє виконавчу дисципліну та реалістичність планування та якість роботи); рівень задоволеності пацієнтів (який визначається за результатами опитування і відображає оцінку якості послуг з позиції клієнта).

Особливим показником стану ресурсного забезпечення є його якість. Цей показник варто розглядати не лише як клінічний результат, а як управлінську функцію, що вимагає належного ресурсного забезпечення. У контексті діяльності центру, забезпечення якості має бути оцінене через призму трьох компонентів:

якість структури реабілітаційної послуги. Визначається наявністю та достатністю ресурсів. Ключовими індикаторами є: кадрова якість; технічна якість (дотримання стандартів безбар'єрності);

якість процесу (дотримання стандартів реабілітації). Оцінюється ефективністю використання ресурсів у часі, і включає: дотримання ІРП; використання МКФ;

якість результату, що інтегрує всі ресурси та управлінські рішення. Характеризується індексом ефективності реабілітації та ступенем синхронізації

наступності) послуг. Низький коефіцієнт синхронізації свідчить про низьку якість соціальної реінтеграції.

Узагальнюючи, ресурсне забезпечення Центру реабілітації можна констатувати, що на сьогодні воно характеризується певним дисбалансом: сучасна база фізичних методик та обладнання протистоїть структурним дефіцитам у кадровому складі та управлінським ризикам, пов'язаним з фінансовою залежністю від ринкових умов та несинхронізованою наступністю надання реабілітаційної допомоги. Необхідні удосконалення вимагають стратегічної роботи з кадровою політикою та інтеграцією управлінських метрик, а також забезпечення якості всіх процесів як інтегрованого ресурсу.

## РОЗДІЛ 3

### НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПОСЛУГ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### Удосконалення системи управління організаційними процесами надання реабілітаційних послуг

Опираючись на результати аналізу організаційної діяльності Центру реабілітації та відновлення, а також необхідність вирішення низки проблем підвищення організаційної стійкості у зовнішньому середовищі, основна увага, на нашу думку, має бути зорієнтована на забезпеченні гнучкості системи управління, внутріорганізаційному впорядкуванні всіх процесів, організування командної роботи з надання якісних реабілітаційних послуг, впровадження нових практик та технологій реабілітації, координації та організації співпраці з іншими ланками реабілітаційного циклу, для забезпечення неперервності реабілітаційних процедур.

Основою ефективності та організаційної стійкості Центру є удосконалення управлінської структури та внутріорганізаційних процесів. В рамках такого удосконалення має бути вибудована чітка організаційна модель діяльності, з гнучкою системою управління, орієнтованістю реабілітаційних заходів виключно на результат і якість та впровадженням проектно-процесних підходів реабілітації. Реалізація таких підходів передбачає:

впровадження менеджменту індивідуального реабілітаційного плану як проекту, коли кожен ІРП для кожного пацієнта розглядається як окремий проект з чітким бюджетом часу, ресурсів, SMART-цілями та визначенням показників прогресу;

максимальну автоматизацію документообігу, що включає не лише внесення даних МКФ, але й збирання інформації про прогрес, формування ІРП і звітності, автоматичний розрахунок метрик ефективності реабілітаційних процедур. Це мінімізує бюрократичне навантаження на терапевтів та дозволяє їм сфокусуватися на клінічній роботі;

впровадження моделі гнучкого штату, де ключовий персонал (лікар ФРМ, фізіотерапевт, ерготерапевт) є штатними працівниками, а вузькі фахівці залучаються на аутсорсингу/договорах, відповідно до актуальних потреб пацієнтів;



Рис.3.1. Критерії ефективності системи управління організаційною стійкістю Центру реабілітації та відновлення

Примітка. Узагальнено автором

посилення якості командної роботи та дотримання стандартів ВООЗ шляхом поглиблення мультидисциплінарності, запровадження системи взаємозамінності фахівців (через їх навчання суміжним, але не дублюючим навичкам для забезпечення безперервності процесу реабілітації);

фокусування на результаті та прогресі реабілітації шляхом: регулярного оновлення протоколів надання послуг згідно з останніми міжнародними клінічно-практичними гайдлайнами (новими практиками, рекомендаціями, що допомагають прийняти рішення щодо належних заходів з реабілітації нпр. після інсульту, ампутації тощо); проведення аудиту результату та якості через вироблення внутрішньої системи контролю, за допомогою якої на постійній основі здійснювати моніторинг дотримання процедур і нормативів індивідуальних втручань та автоматичного попередження про відхилення;

постійне оновлення практик та технологій надання реабілітаційних послуг. Для Центру, як приватної структури, такий підхід є умовою посилення конкурентних позицій на ринку на основі підвищення якості. Такими технологіями можуть стати: застосування віртуальної реальності та ігрофікації для відновлення когнітивних та рухових функцій (особливо в нейрореабілітації), оскільки це підвищує мотивацію пацієнтів; обладнання зони або створення кабінету асистивних технологій, для оцінки та тренування з допоміжними засобами реабілітації, включно з тренувальними протезами, екзоскелетами, що дозволяє індивідуалізувати процес реабілітації; включення психологічного скринінгу (на ПТСР, депресію) у первинне обстеження тощо.

Організаційна стійкість Центру реабілітації та відновлення в значній мірі залежить від її інтеграції в державний та соціальний простір, що можливо забезпечити в рамках розвитку співпраці та координації діяльності з іншими ланками реабілітаційного циклу. Серед таких управлінських рішень важливо виробити дієві механізми: 1) співпраці з первинною ланкою реабілітаційного процесу та амбулаторними закладами через створення нпр. стандартизованого «Виписного листа реабілітації» (на основі МКФ), який передається сімейному лікарю та амбулаторному центру. Це забезпечує продовження програми після виписки; 2) налагодження прямої співпраці кейс-менеджера Центру з регіональними відділеннями Фонду соцзахисту для прискорення отримання пацієнтами допоміжних засобів та протезування, мінімізуючи бюрократичні затримки; 3) позиціонування на ринку реабілітаційних послуг з акцентом та якості та результатах через демонстрацію успішних практик і прогресу в здійсненні реабілітаційних заходів, використання новітніх технологій та дотримання міжнародних стандартів якості.

З огляду на проведені оцінки сильних та слабких сторін Центру реабілітації та відновлення, а також його можливостей забезпечити стійкий розвиток можемо означити такі стратегічні пріоритети для керівництва: позиціонування Центру як лідера за функціональними результатами надання реабілітаційних послуг на основі використання доказових практик та стандартів

ВООЗ для ефективної конкуренції і можливого залучення фінансування НСЗУ. В рамках реалізація такого завдання доцільно інституціоналізувати внутрішній аудит ІРП, запровадити бонусну систему для персоналу, яку прив'язати до досягнення функціональних цілей, залучати інвестиції або гранти на VR-технології та сучасне обладнання, що дозволить знизити витрати часу терапевта на процедури та підвищить інтенсивність реабілітації;

2) підвищення професіоналізму команди фахівців, на основі використання гнучких підходів та безперервного професійного розвитку і навчання, передусім новітніх міжнародних практик. Реалізація цього завдання передбачає розроблення конкурентного пакету компенсацій та постійного фінансування сертифікації (за стандартами ВООЗ/Міжнародної асоціації), створення власної програми наставництва та перекваліфікації молодшого медичного персоналу на асистентів терапевтів, активного використання аутсорсингу для вузьких спеціалістів. Це дозволить зробити Центр привабливим роботодавцем та залучати професійних працівників;

3) посилення зовнішньої координації та співпраці з державними інституціями, закладами охорони здоров'я, іншими реабілітаційними закладами, що дозволить забезпечити безперервність реабілітаційної допомоги та соціальної адаптації. Реалізації цього напряму передбачає активізацію співпраці з приватними страховими компаніями, фондами ветеранів та грантовими організаціями., укладання відповідних партнерських угоди з місцевими Центрами первинної допомоги та амбулаторними відділеннями для забезпечення наступності реабілітації на етапі громади.

Незважаючи на значні зусилля, спрямовані на удосконалення внутрішніх організаційних процесів Центру, забезпечення сталої ефективності та якості реабілітаційної допомоги неможливе без органічного зв'язку із загальнонаціональною системою. Зокрема, успішність Центру критично залежить від рівня імплементації та дотримання універсальних стандартів, розроблених ВООЗ, і які мають бути в повній мірі інституціоналізовані в Україні.

Фундаментальними підходами до її організації з позицій ВООЗ є розуміння того, що: реабілітація є правом людини, а не благодійністю; завданням реабілітації є не відновлення «норми», а досягнення максимальної участі та самостійності особи у її власному середовищі; має бути забезпечена доступність до реабілітаційних послуг на всіх рівнях її надання; основний акцент має бути зроблений на ранньому втручанні та підтримці на рівні громади.

Незважаючи на те, що Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» повністю відповідає принципам ВООЗ, на практичному організаційному рівні досі зберігаються значні відмінності. Узагальнення таких відмінностей наведено в табл.3.1.

Як свідчать дані таблиці, основні організаційні відмінності зводяться до недостатньої інституційної інтеграції (між відомствами) та недосконалого кадрового забезпечення, особливо на рівні громад, що є критичним для довготривалої реабілітації. На сьогодні ВООЗ надає Україні постійну підтримку, щоб допомогти подолати такі розриви. З метою повноцінного інтегрування принципів ВООЗ у практику організації надання реабілітаційних послуг, необхідно прийняти та впровадити низку організаційно-управлінських рішень, а саме:

посилити роль лікаря ФРМ як координатора процесу, що дозволить забезпечити реальне мультидисциплінарне лідерство та ефективність команди. Лікар ФРМ має бути відповідальним не за процедури, а за процес (менеджмент ІРП, координація графіків фахівців, прийняття рішень на командних нарадах);

*Таблиця 3.1*

### **Практика організації надання реабілітаційної допомоги в Україні та стандартні вимоги ВООЗ**

<b>Складові системи</b>	<b>Стандарти ВООЗ (Ідеальна модель)</b>	<b>Практика в Україні (Виклики організації)</b>
<b>Організаційна модель закладу</b>	Повністю інтегрована в ПМД та громаду (Community-Based Rehabilitation, СБР). Реабілітація починається рано і є безперервною	Гібридна модель, що формується. Сильний фокус на стаціонарній (госпітальній) реабілітації. Інтеграція в ПМД та розвиток реабілітації на рівні громади є недостатніми.
<b>Кадри та їх роль в реабілітації</b>	Чітко визначена автономія фізичних терапевтів та ерготерапевтів; лікар ФРМ є координатором, а не одноосібним керівником	Кадровий дефіцит фізичних та ерготерапевтів. У деяких ЗОЗ досі сильна тенденція до лікарсько-центричної моделі, де рішення часто приймає лише лікар, а не МДРК.

<b>Фінансування</b>	Фінансування є стійким та покриває всі етапи реабілітації; часто прив'язане до ф у н	Фінансування через НСЗУ є прогресивним, але не завжди достатнім для покриття повної потреби. Існує розрив у фінансуванні між медичною (НСЗУ) та соціальною реабілітацією
<b>Оцінювання та інформація</b>	МКФ використовується як єдина мова для оцінки, планування та моніторингу на всіх етапах і є основою для рішень соцзахисту (ТЗР, інвалідність).	Формальне використання МКФ. Часто МКФ застосовується для звітності перед НСЗУ, але не завжди повноцінно інтегрується в щоденний ІРП та не є єдиною підставою для рішень органів соцзахисту
<b>Застосування допоміжних засобів реабілітації</b>	Надання допоміжних засобів реабілітації є частиною реабілітаційного плану та процесу відновлення	Існує розрив між медичним ІРП (МОЗ) та процесом забезпечення ТЗР (Мінсоцполітики), що призводить до затримок у їх отриманні

Примітка. Узагальнено автором

стандартизувати використання МКФ за кожним окремим випадком, що обумовлює необхідність розроблення внутрішніх протоколів, де кожне реабілітаційне втручання має бути прямо пов'язаним з кодом обмеження МКФ та ціллю в ІРП;

запровадити якісно нову систему оцінки результату реабілітації, що дозволить оцінювати не кількість виконаних процедур, а їх ефективність, тобто результат реабілітації. Запровадити індекс ефективності реабілітації як ключовий показник преміювання фахівців-реабітологів та оцінки якості роботи реабілітаційного закладу;

забезпечити систематичне навчання МКФ, для чого організувати щомісячні внутрішні тренінги для команди фахівців із залученням міжнародних експертів або сертифікованих тренерів, фокусуючись на практичному застосуванні МКФ. Це дозволить подолати формалізм та забезпечить глибоке розуміння командного підходу в процесі надання реабілітаційної допомоги.

Впровадження цих рекомендацій дозволить максимально наблизити організацію реабілітаційних послуг до кращих світових стандартів, визначених ВООЗ, та значно підвищити якість допомоги, особливо для осіб, постраждалих від військових дій.

Таким чином, удосконалення внутрішньої організаційної моделі Центру має бути спрямоване не лише на оптимізацію ресурсів, а й на поглиблення інтеграції та безумовне дотримання встановлених ВООЗ стандартів надання реабілітаційної допомоги в країні загалом.

## **.2. Використання досвіду зарубіжних практик в підвищенні організаційної ефективності надання реабілітаційних послуг**

Використання міжнародного досвіду є ключовим для подальшого розвитку і вдосконалення організації системи реабілітації в Україні, особливо в умовах підвищених потреб в таких послугах, спричинених війною.

Аналіз міжнародної практики надання реабілітаційної допомоги дозволив виокремити її ключові аспекти, які можуть бути корисними для забезпечення безперервності і комплексності реабілітаційних заходів, з акцентом на організаційних рішеннях.

Реабілітація на рівні громад (Community-Based Rehabilitation, CBR), коли громада стає первинною ланкою в реабілітаційному процесі людини з інвалідністю. CBR є комплексною стратегією, що поєднує реабілітаційні заходи, соціальну інтеграцію та підвищення якості життя для людей з інвалідністю шляхом мобілізації ресурсів самої громади [45]. Сучасні системи реабілітації, особливо у країнах з розвинутою первинною медичною допомогою (ПМД), активно використовують модель CBR, яка відповідає принципу безперервності та наступності допомоги. Її ключовими аспектами є (рис. 3.2): комплексний підхід; залучення громади; сприяння соціальній інтеграції; зменшення бідності; децентралізація послуг [36;34;15].



Рис. 3.2. Ключові аспекти організації реабілітації на рівні громади за моделлю СВР

Узагальнено автором за [36]

Реалізація СВР забезпечується шляхом: інтеграції реабілітаційних послуг в ПМД, формування мобільних реабілітаційних команд та соціальної реінтеграції осіб з інвалідністю. Можливість імплементації таких підходів в організації надання реабілітаційних послуг в реаліях української практики узагальнено в табл. 3.2.

Варто зазначити, що в Україні в рамках міжнародного проєкту «Реабілітація на базі громади в Україні: Пілотне впровадження цілісного підходу до реабілітації в цільових громадах» [36] в 2024 були започатковані перші пілотні проєкти розвитку системи реабілітації у трьох громадах: Ніжині, Баштанці та Роздільній. На основі проведених оцінок і потенціальної спроможності громад надавати реабілітаційні послуги були розроблені схеми лікування та складені плани дій. Такі плани «охоплюють місцеву організацію реабілітації, фінансування, кадрове забезпечення, доступ до допоміжних реабілітаційних пристроїв, безбар'єрне середовище, соціальну підтримку та інклюзивну освіту»

здійснюється навчання для спеціалістів, які будуть надавати реабілітаційні послуги, фахівців з охорони здоров'я та представників соціальних служб, закуповується реабілітаційне обладнання та допоміжні пристрої.

Таблиця 3.2

**Використання підходів СВР в українській практиці організації реабілітації в сучасних реаліях**

<b>Підхід СВР</b>	<b>Особливості впровадження</b>
<b>Інтеграція реабілітації в ПМД</b>	Скринінг потреби в реабілітації сімейними лікарями та ранній початок базових реабілітаційних заходів (наприклад, навчання догляду) одразу після виписки. Це знижує навантаження на реабілітаційні заклади і забезпечує безперервність реабілітаційної допомоги..
<b>Створення мобільної реабілітаційної команди</b>	Розвиток мобільних команд на рівні громад, які надають послуги вдома особі з інвалідністю. Це критично важливо для людей з високим ступенем обмеження функціонування, особливо у сільській місцевості та територіях, наближених до лінії військових дій.
<b>Залучення громади до розроблення плану дій з організації реабілітації</b>	Фокус на соціальній реінтеграції та участі. Це передбачає навчання родичів, залучення місцевих громадських організацій та адаптацію навколишнього середовища (доступність) для максимальної самостійності осіб з інвалідністю

Узагальнено за [36]

Загалом, можна вважати, що СВР є інклюзивним підходом, який дозволяє використовувати наявні ресурси громади для забезпечення доступності реабілітаційних послуг, покращення якості життя людей з інвалідністю та сприяння їхній повноцінній участі в житті суспільства.

Створення єдиної цифрової платформи реєстру реабілітації, впровадження системи централізованої координації та управління даними. Ефективні системи реабілітації (США, Канада, країни ЄС) мають потужні інструменти для моніторингу та координації, чого поки що бракує Україні. Прикладом для формування такої платформи може бути досвід США, де в єдиному електронному реєстрі реабілітації фіксується вся історія реабілітації пацієнта, незалежно від того, де і на якому рівні вона надавалася. В Україні це дозволило б забезпечувати наступність реабілітаційної допомоги та відстежувати дані про прогрес у лікуванні з метою здійснення фінансового контролю (НСЗУ може бачити результат, а не лише факт послуги).

Запровадження системи фінансування реабілітаційної допомоги, орієнтованої на

результат. Сутність такого підходу полягає в тому, що фінансуються не медичні «процедури», а досягнення функціонального результату пацієнта, тобто функціональний прогрес. В міжнародній практиці (зокрема, США, Німеччина) найчастіше використовується система оплати DRG (Diagnosis-Related Group), яка є системою відшкодувань витрат лікарні, що ґрунтується на переліку медичних послуг та їхній вартості. DRG «встановлює фіксовану оплату за лікування пацієнта, а не за обсяг наданої допомоги, розбиваючи медичні послуги на групи з урахуванням діагнозу, віку, статі, наявності ускладнень тощо. Кожна група DRG має свій ваговий коефіцієнт, який визначає її вартість, що дозволяє стандартизувати оплату послуг, навіть якщо фактичні витрати можуть відрізнятися» [44].

В реаліях фінансування надання реабілітаційної допомоги в Україні цю систему можна використати в практиці роботи НСЗУ, а саме, замість фіксованої ставки оплати за пакет послуг з реабілітацією, вона може бути прив'язана до прогнозованого функціонального покращення пацієнта. Це стимулюватиме ЗОЗ надавати інтенсивну та якісну допомогу, а не просто утримувати пацієнта на лікарняному ліжку.

Перевагами використання DRG є: зменшення витрат (дана система заохочує лікарні до ефективного використання ресурсів, оскільки вони отримують фіксовану оплату за лікування; прозорість (робить вартість медпослуг більш передбачуваною і зрозумілою); стандартизація послуг (дозволяє порівнювати ефективність роботи різних мед закладів) [44].

4. Окремим пріоритетом, який окреслюється з досвіду зарубіжних країн, що пережили військові конфлікти (Ізраїль, Балкани), є інституціоналізація психосоціальної підтримки ветеранів війни та військовослужбовців. Така підтримка є важливим етапом комплексної реабілітації в умовах військових дій. Інституціоналізація психосоціальної підтримки означає інтегрування послуг психічного здоров'я та соціальної адаптації в основну медичну, освітню та соціальну інфраструктуру. Її метою є забезпечення раннього, універсального та безперервного доступу до допомоги для запобігання розвитку довготривалих психічних розладів (особливо ПТСР, тривожних та депресивних розладів) та

сприяння соціальної реінтеграції постраждалих осіб, зокрема ветеранів та цивільного населення.

Досвід Ізраїлю свідчить про системний підхід в інституалізації психосоціальної підтримки (ПСП), що проявляється у побудові багаторівневої та комплексної її системи, що характеризується раннім втручанням та повністю інтегрованим підходом. Ключовими елементами цієї системи є:

раннє психологічне скринінгування. Психологічний скринінг є обов'язковим та починається одразу після стабілізації фізичного стану, часто ще у госпіталях або відділеннях невідкладної допомоги. Це дозволяє швидко виявити групу ризику;

інтеграція в реабілітаційний цикл. Психолог або соціальний працівник є обов'язковим членом мультидисциплінарної команди. Психосоціальні цілі, такі як управління болем, адаптація до інвалідності або відновлення сну, обов'язково включаються в індивідуальний реабілітаційний план нарівні з фізичними цілями;

створення психосоціальних центрів (центрів ментального здоров'я) в громадах. Такі центри забезпечують довгострокову терапію, сімейне консультування та групи підтримки, переймаючи функцію після виписки з госпіталю.

Особливою моделлю інституалізації ПСП є модель «рівний-рівному» (Peer Support). Ця модель є найбільш інституціоналізованою у США та активно використовується в Ізраїлі. Основним принципом її організації є наставництво. Ветерани, які успішно пройшли реабілітацію та подолали травму, проходять офіційну підготовку та наймаються на роботу (або працюють за фінансованими програмами) для надання підтримки і супроводу новоприбулим пораненим. Вони допомагають у практичних питаннях (наприклад, протезування, оформлення документів) та надають емоційну підтримку, що значно підвищує довіру до системи та знижує почуття ізоляції. Це визнаний у світі ефективний інструмент соціальної реінтеграції.

Для України інституціоналізація ПСП має бути реалізована через низку інституціональних перетворень, включаючи внесення змін до нормативних документів з реабілітації, належного кадрового забезпечення, впровадження освітніх програм, створення цифрових платформ та формування центрів

ментального здоров'я на рівні громад [38]. Конкретні кроки щодо інституціоналізації ПСП наведені в табл. 3.3.

Таблиця 3.3

**Впровадження заходів з інституціоналізації психосоціальної підтримки в Україні**

<b>Сфери інституціоналізації</b>	<b>Заходи з імплементації зарубіжного досвіду</b>
<b>Нормативна інтеграція</b>	Внесення змін до стандартів медичної допомоги та вимог НСЗУ, які б робили психологічний скринінг (наприклад, на ПТСР) обов'язковим при кожному зверненні до реабілітаційного відділення.
<b>Кадрове забезпечення</b>	Запровадження чітких штатних нормативів для психологів та соціальних працівників у реабілітаційних центрах та фінансування цих посад НСЗУ.
<b>Освітні програми</b>	Створення національного сертифікаційного курсу для фахівців ПСП з питань військової травми, бойового стресу та ПТСР, щоб забезпечити єдину якість послуг.
<b>Цифрова платформа</b>	Вбудовування модуля ментального здоров'я в електронну систему охорони здоров'я (ЕСОЗ), щоб ІРП містив не лише фізичні, а й психологічні цілі та був доступний для МДРК.
<b>Розвиток центрів «Рівний-Рівному»</b>	Створення державної програми навчання та оплати праці менторів-«рівних», які працюватимуть у реабілітаційних центрах та при центрах ветеранів на рівні громади.

Примітка. Узагальнено за [38]

Комплексність такого підходу гарантує, що психосоціальна підтримка не буде випадковою або залежною від волонтерської допомоги, а стане системною та інтегрованою частиною державної реабілітаційної допомоги.

Узагальнюючи міжнародну практику формування цілісної системи реабілітації, дозволяє констатувати, що успішна імплементація цих практик дозволить Україні не просто «закривати дірки» у системі, а побудувати стійку, орієнтовану на результат та людиноцентричну модель реабілітації.

## ВИСНОВКИ

Дослідження актуальних проблем організації надання реабілітаційних послуг закладом охорони здоров'я дозволяє нам зробити наступні висновки.

Особливістю реабілітаційної послуги є те, що при її наданні використовується біопсихосоціальна модель, сутністю якої є зміщення фокусу з лікування хвороби на саму людину, забезпечуючи розширенні її можливостей навчитися максимізувати власні обмежені функції для мінімізації їх впливу на повсякденну активність. Отже, зміст реабілітаційної послуги у контурах біопсихосоціальної моделі, охоплює: фізичну реабілітацію (відновлення рухової активності особи); окупаційну терапію (відновлення навичок повсякденної діяльності); психосоціальну підтримку (корекція ментальних та емоційних порушень); комунікативну та когнітивну реабілітацію.

Ефективна організація реабілітації передбачає наявність безперервного ланцюжка допомоги, який має забезпечити пацієнту доступ до необхідних послуг на різних етапах його відновлення. За рівнями надання та інтенсивністю захворювання реабілітація характеризується як: стаціонарна (інтенсивна), послуги реабілітації надаються в стаціонарних умовах у реабілітаційних відділеннях багатопрофільних лікарень від 3-х годин терапії на день); амбулаторна (реабілітація в амбулаторних умовах), надається пацієнтам зі стабільним станом, які не потребують цілодобового лікарського нагляду; диспансерна (реабілітація в домашніх умовах), надається мобільними реабілітаційними командами за місцем проживання особи. Фокус такої реабілітації спрямовується на адаптацію середовища та соціальну інтеграцію людини.

В умовах воєнних дій організація надання реабілітаційних послуг потребує адаптування до нових реалій, що передбачає: формування мультидисциплінарних команд; створення мобільних реабілітаційних бригад; запровадження реабілітації на рівні первинної медичної допомоги, міжсекторальної взаємодії тощо.

2. Основними організаційними викликами в наданні реабілітаційної допомоги на цьому етапі є:

недостатність кваліфікованих кадрів з медичної реабілітації. Існує невідповідність між законодавчими вимогами до складу МДРК та фактичними можливостями системи освіти їх підготувати.

необхідність суворого дотримання нормативів інтенсивності терапії (3 години індивідуальних занять на стаціонарному етапі) та управління цим процесом для забезпечення фінансування НСЗУ;

відсутність синхронізації дій та критичний розрив у міжвідомчій взаємодії між МОЗ (медична реабілітація) та Мінсоцполітики (соціальна адаптація та забезпечення ТЗР), що порушує принцип безперервності допомоги. На основі аналізу сайту Центру реабілітації та відновлення, його організація надання допомоги характеризується як спеціалізована, структурована, але не цілком мультидисциплінарна, що створює як конкурентні переваги, так і значні структурні обмеження в контексті сучасної реформи.

Організаційна діяльність Центру має виражену ортопедо-травматологічну та кінезіологічну спрямованість. Це дозволяє Центру ефективно надавати послуги пацієнтам із захворюваннями опорно-рухового апарату, після травм та операцій. Використання широкого спектру фізичних та мануальних методик свідчить про високу якість фізичного втручання.

Основною проблемою в організації є: 1) структурна невідповідність повноцінній біопсихосоціальній моделі, що є стандартом ВООЗ та вимогою українського законодавства; 2) відсутність ключових фахівців мультидисциплінарної реабілітаційної команди що унеможливує надання комплексної допомоги, оскільки не охоплюються критичні компоненти функціонування (самообслуговування, психологічна адаптація, робота з травмою); 3) весь реабілітаційний процес керується лікарем-ортопедом-травматологом, що може зміщувати фокус планування з функціонального діагнозу на медичний діагноз, обмежуючи якість оцінки участі особи.

Загалом, можна вважати, що Центр реабілітації та відновлення є сучасний лікувальний, реабілітаційний і профілактичний закладом, діяльність якого сфокусована на наданні якісної амбулаторної та профілактичної реабілітаційної допомоги з чіткою орієнтацією на відновлення функцій опорно-рухового апарату.

4. Ресурсне забезпечення Центру реабілітації на сьогодні воно характеризується певним дисбалансом: сучасна база фізичних методик та обладнання протистоїть структурним дефіцитам у кадровому складі та управлінським ризикам, пов'язаним з фінансовою залежністю від ринкових умов та несинхронізованою наступністю надання реабілітаційної допомоги. Необхідні удосконалення вимагають стратегічної роботи з кадровою політикою та інтеграцією управлінських метрик, а також забезпечення якості всіх процесів як інтегрованого ресурсу.

5. З огляду на проведені оцінки сильних та слабких сторін Центру реабілітації та відновлення, а також його можливостей забезпечити стійкий розвиток можемо означити такі стратегічні пріоритети для керівництва:

- позиціонування Центру як лідера за функціональними результатами надання реабілітаційних послуг на основі використання доказових практик та стандартів ВООЗ для ефективної конкуренції і можливого залучення фінансування НСЗУ. В рамках реалізація такого завдання доцільно інституціоналізувати внутрішній аудит ІРП, запровадити бонусну систему для персоналу, яку прив'язати до досягнення функціональних цілей, залучати інвестиції або гранти на VR-технології та сучасне обладнання, що дозволить знизити витрати часу терапевта на процедури та підвищить інтенсивність реабілітації;

- підвищення професіоналізму команди фахівців, на основі використання гнучких підходів та безперервного професійного розвитку і навчання, передусім новітніх міжнародних практик. Реалізація цього завдання передбачає розроблення конкурентного пакету компенсацій та постійного фінансування сертифікації (за стандартами ВООЗ/Міжнародної асоціації), створення власної програми наставництва та перекваліфікації молодшого медичного персоналу на

асистентів терапевтів, активного використання аутсорсингу для вузьких спеціалістів. Це дозволить зробити Центр привабливим роботодавцем та залучати професійних працівників;

- посилення зовнішньої координації та співпраці з державними інституціями, закладами охорони здоров'я, іншими реабілітаційними закладами, що дозволить забезпечити безперервність реабілітаційної допомоги та соціальної адаптації. Реалізації цього напряму передбачає активізацію співпраці з приватними страховими компаніями, фондами ветеранів та грантовими організаціями., укладання відповідних партнерських угоди з місцевими Центрами первинної допомоги та амбулаторними відділеннями для забезпечення наступності реабілітації на етапі громади.

Незважаючи на значні зусилля, спрямовані на удосконалення внутрішніх організаційних процесів Центру, забезпечення сталої ефективності та якості реабілітаційної допомоги неможливе без органічного зв'язку із загальнонаціональною системою. Зокрема, успішність Центру критично залежить від рівня імплементації та дотримання універсальних стандартів, розроблених ВООЗ, і які мають бути в повній мірі інституціоналізовані в Україні.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. А
- к 2. Безверхнюк Т.М., Бабова І.К. Забезпечення якості надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я: організаційно-методичний аспект. URL: <https://medpers.dmu.edu.ua/issues/2022/N4/222-230.pdf>
- а 3. Біла книга з фізичної та реабілітаційної медицини. Український журнал фізичної та реабілітаційної медицини. 2018. № 2 (02). Додаток. 208 с
- ь 4. Бужина І. В., Грищенко С. В., Імерідзе М. Б. Організація діяльності н
- а 5. ВООЗ та Європейська обсерваторія презентували дослідження щодо фінансування та організації реабілітаційних послуг. URL: н
- н
- ф 6. Воропаєв Д.С., Єжова О.О. Основи фізичної реабілітації (загальна характеристика засобів фізичної реабілітації). Навчальний посібник. Суми державний університет Суми. 2019. URL: м
- а 7. Доказова фізична та реабілітаційна медицина: абетка для мультидисциплінарних реабілітаційних команд: практичний довідник / за заг. ред. Бабова К.Д.: Державна установа «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України». «Поліграф»: Одеса, 2023. б
- б 8. Досвід реабілітації військовослужбовців у державах-членах ЄС. Матеріали за Програмою USAID RANG. 2024. 8с. URL: р
- т 9. Дутко А.О. Цивільно-правове регулювання надання реабілітаційних послуг. URL: [http://pjuv.nuoua.od.ua/v3\\_2024/12.pdf](http://pjuv.nuoua.od.ua/v3_2024/12.pdf)
- б 10. Івахненко О.А., Новиков О.В., Глущенко А.М. Правове регулювання реабілітаційної допомоги військовослужбовцям в період воєнного стану URL: й
- н
- и

11. Козолис А.Р. Поняття та правова природа реабілітаційних послуг: цивільно-правовий аспект. URL: [http://lsej.org.ua/3\\_2023/38.pdf](http://lsej.org.ua/3_2023/38.pdf)

12. Конституція України. URL:

13. Лісний І. М., Андрієць Л. М. Інституційні механізми розвитку реабілітаційної допомоги в Україні. *Охорона здоров'я України*. 2023. №2.

14. Мельников А., Гороховський А., Костян Я. Сучасні види реабілітації

л 15. Михальчук В. М., Пожевілова А. А., Мельник В. М. Значення територіальної громади в забезпеченні надання реабілітаційних послуг

н 16. Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я. URL: <https://langs.physio-pedia.com/uk/international-classification-of-functioning-disability-and-health-icf-uk/>

п 17. Міністерство охорони здоров'я України - офіційний сайт: URL:

р 18. Місія технічної підтримки України з питань обмежень життєдіяльності, реабілітації та допоміжних технологій. 10 липня–6 серпня 2022

р 19. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я. Монографія. За ред. де.н., проф. Шкільняка М.М., Желюк Т.Л.

к 20. Національна служба здоров'я України. Реабілітаційні пакети ПМГ.

к 21. НК 030:2022 «Класифікатор функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я» і містить компоненти національних класифікаторів.

ц 22. Організація діяльності закладу охорони здоров'я: навч. посіб. /Р. Р. Августин, Ю. А. Богач, А. Ю. Васіна, Попович Т.М. [та ін.]; за ред. М.М.

є

й

н

и

### Ш

к 23. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України від 19.11.1992р, № 2801-ХІІ (зі змінами від 27.09.2025р. № 4246-ІХ). URL:

л 24. Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я. Постанова

к

м 25. Положення про індивідуальний реабілітаційний план, порядок його

ф

к 26. ПОРЯДОК організації надання реабілітаційної допомоги у сфері

в

к 27. Принципи реабілітації. URL: <https://langs.physio->

я

р 28. Про затвердження Порядку здійснення реабілітаційних заходів.

Постанова КМУ від 19.01.2021р. №31.

н

и 29. Про затвердження Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах. Наказ МОЗ України від 16.11.2022р.

ю

я 30. Про основи соціального захисту ветеранів війни. Закон України.

а

ю 31. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні. Закон України від

а

ю 32. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я. Закон України №1053-ІХ

р

і 33. Програма медичних гарантій — 2025: тарифи, пакети, особливості.

р

№

ю 34. Проскурня О. М. Підвищення ефективності організації

підприємницької діяльності з надання реабілітаційних послуг при впровадженні

принципів менеджменту якості. Менеджмент та підприємництво: тренди

розвитку. 2018. Вип. 2. С. 22- 32. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/mnnt\\_2018\\_2\\_5](http://nbuv.gov.ua/UJRN/mnnt_2018_2_5).

р

і

№

36. Реабілітація на базі громади: забезпечення доступності для всіх. URL:
37. Реабілітація українських військових та ветеранів: досвід долаття несистемності. Дослідження. Київ. 2024. 116 с. URL: <https://www.pryncyp.org/wp->
38. Система у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в Україні. Цільова модель 2.0. URL: <https://howareu.com/static->
39. Сучасні види реабілітації для постраждалих від війни та ветеранів
- З
- С 40. ТИПОВЕ ПОЛОЖЕННЯ про мультидисциплінарну реабілітаційну
- У
- о 41. ТИПОВЕ ПОЛОЖЕННЯ про реабілітаційне відділення, підрозділ.
- М
- а 42. Федоренко С., Лазарєва О., Вітомський В., Вітомська М. Основи організації центру з надання реабілітаційних послуг для осіб із порушеннями
- д
- у 43. Як дорослим і дітям отримати реабілітаційну допомогу в
- о
- р
- б
- у
- я
- р 48. Пилипчук І. Особливості надання реабілітаційних послуг закладом охорони здоров'я в умовах воєнних дій. Зб.матеріалів науково-практичної конференції «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в

р

н

и

49. Пилипчук І. Удосконалення системи управління організаційними процесами надання реабілітаційних послуг. Матеріали доповідей Наукової інтернет-конференції молодих вчених, аспірантів та студентів кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу «Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні», Тернопіль.27.11.2025р. с.460

50. Академія Національної служби здоров'я України. URL:

51. Реабілітаційна платформа України. URL: <https://rehabukraine.com/>

52. Центр Реабілітації та Відновлення. URL: <https://www.crv.com.ua/>