

Міністерство охорони здоров'я України
Національний університет охорони здоров'я України
імені П. Л. Шупика

*Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису*

ПОЖЕВІЛОВА АЛЛА АНАТОЛІЇВНА

УДК: 614.25:616-036.82:00595/.96:725.511

ДИСЕРТАЦІЯ
МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ КАДРОВОГО
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ В МЕЖАХ
ГОСПІТАЛЬНИХ КЛАСТЕРІВ

Галузь знань : 22 – Охорона здоров'я

Спеціальність : 222 – Медицина

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ Пожевілова А. А.

Наукові керівники:

Голубчиков Михайло Васильович
доктор медичних наук, професор.

Київ - 2026

АНОТАЦІЯ

Пожевілова А.А. Медико-соціальне обґрунтування кадрового забезпечення реабілітаційної допомоги в межах госпітальних кластерів.

Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії галузі знань

22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 222 «Медицина» (наукова спеціальність «Соціальна медицина»). - Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, Київ, 2026.

ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Наукове дослідження проведене відповідно до визначеної мети - провести медико-соціальне дослідження кадрового забезпечення реабілітаційної допомоги в межах госпітальних кластерів. Дослідження виконано за спеціально розробленою програмою, структурованою у послідовні етапи відповідно до поставлених завдань. Методологія ґрунтувалася на принципах системного наукового пізнання та передбачала використання методів, визначених паспортом спеціальності «Соціальна медицина», зокрема бібліосемантичних, соціологічних, медико-статистичних, епідеміологічних, а також методів концептуального моделювання, організаційного експерименту й експертних оцінок.

У роботі розглянуто сучасні підходи до організації та функціонування системи реабілітаційної допомоги в Україні в умовах післявоєнного відновлення. Обґрунтовано необхідність переходу до медико-соціальної моделі реабілітації, заснованої на принципах етапності, безперервності, мультидисциплінарності та орієнтації на пацієнта. Проаналізовано роль кадрового забезпечення, міжвідомчої взаємодії та міждисциплінарних команд у підвищенні ефективності реабілітаційних програм. Підкреслено значення кластерних лікарень як структурних осередків розвитку сучасної

реабілітаційної мережі та центрів компетентності з відновного лікування. Визначено стратегічну необхідність інтеграції реабілітаційної політики з системою громадського здоров'я, впровадження цифрових технологій моніторингу та створення єдиних стандартів якості надання допомоги.

Результати дослідження формують наукове підґрунтя для оптимізації організаційної моделі реабілітації в Україні та підвищення ефективності державної політики у сфері охорони здоров'я.

Встановлено, що створення науково обґрунтованих рекомендацій щодо оптимізації кадрової політики у сфері реабілітаційної допомоги, які враховують сучасні виклики системи охорони здоров'я та воєнного стану в Україні, забезпечують практичні механізми підвищення доступності та результативності відновлювальних послуг.

Доведено, що комплексне медико-соціальне обґрунтування кадрового забезпечення реабілітаційної допомоги в Україні дозволило визначити структурний дисбаланс у підготовці та розподілі фахівців, оцінити вплив кадрових ресурсів на ефективність відновлювального лікування та запропонувати модель прогнозування потреб у персоналі для закладів різного рівня.

На основі емпіричних даних, отриманих шляхом соціологічного опитування керівників і фахівців реабілітаційних закладів, а також результатів експертних оцінок і аналітичного опрацювання статистичних матеріалів, здійснено комплексну характеристику стану кадрового забезпечення реабілітаційної допомоги в межах госпітальних кластерів. Проведений аналіз дозволив виявити ключові організаційні диспропорції та підтвердив потребу в оптимізації кадрової політики. На підставі узагальнення отриманих даних розроблено модель прогнозування потреб у кадровому ресурсі, яка забезпечує можливість підвищення ефективності відновлювальних послуг та інтеграції реабілітаційної допомоги в систему громадського здоров'я.

Набули подальшого розвитку: інструменти стратегічного кадрового менеджменту в медичних установах реабілітаційного профілю (практичні рекомендації з упровадження системи безперервного професійного розвитку кадрів реабілітаційного профілю, відповідно до вимог ЄС та Національної рамки кваліфікацій України); концептуальні засади медико-соціального планування персоналу у галузі охорони здоров'я та теоретичні підходи до планування кадрових ресурсів у сфері охорони здоров'я.

Отримані результати власного дослідження стали основою медико-соціального обґрунтування оптимізованої функціонально-організаційної моделі комплексної реабілітаційної в госпітальних кластерах.

Наукова новизна результатів дослідження полягає у поглибленні існуючих та обґрунтуванні нових теоретичних підходів до розвитку й формування кадрового потенціалу мультидисциплінарних реабілітаційних команд у госпітальних кластерах України з інтеграцією принципів громадського здоров'я. Вперше розроблено концептуальну модель кадрового забезпечення реабілітаційної допомоги, яка інтегрує сценарне прогнозування, стандартизовану структуру команди та міжсекторальні механізми взаємодії. Удосконалено методичні підходи до оцінки й прогнозування кадрової потреби, структурування освітніх траєкторій і цифрових механізмів координації роботи МДК.

Вперше в Україні:

1. Розроблено комплексну сценарну модель кадрового забезпечення реабілітаційної допомоги в умовах госпітального кластера, яка поєднує прогностичні епідеміологічні параметри, стандартизовану структуру мультидисциплінарної команди та міжсекторальні механізми взаємодії.

2. Визначено алгоритм інтеграції public health у професійну підготовку реабілітологів, що поєднує популяційний аналіз, епідеміологічну оцінку функціональних порушень і планування послуг.

Удосконалено:

1. Методичні підходи до прогнозування кадрової потреби шляхом включення чотирихвильової моделі попиту (воєнні травми, НІЗ, старіння, Post-COVID).
2. Підхід до формування освітніх траєкторій, зокрема обґрунтовано параметри «мостових» програм і післядипломної медико-біологічної сертифікації для фахівців з немедичною освітою.
3. Структурну модель мультидисциплінарної команди, доповнивши її цифровими інструментами координації та механізмами інтегрованого управління.

Дістало подальший розвиток:

1. Наукові підходи до оцінки соціальних чинників утримання кадрів, включно з аналізом безпеки праці, кар'єрного росту, психологічної підтримки та локальних соціальних ресурсів.
2. Методи побудови реабілітаційних кадрових стратегій, що базуються на міжнародних (ЄС, ВООЗ) стандартах CPD та рекомендаціях Rehabilitation 2030.
3. Наукова концепція інтегрованої системи реабілітаційної допомоги, яка обґрунтовує взаємодію освітнього середовища, медичних закладів, соціального сектору та громадських ініціатив для відновлення стану здоров'я людини.

Теоретичне значення одержаних результатів полягає у суттєвому доповненні теорії соціальної медицини щодо вчення про оптимізацію організаційної діяльності реабілітаційної служби України.

Практичне значення результатів дослідження:

1. Розроблена функціонально-організаційна модель реабілітаційної допомоги у госпітальних кластерах може бути використана МОЗ України та органами управління охороною здоров'я для удосконалення національної стратегії розвитку системи реабілітації.

2. Впровадження рекомендованих нормативів кадрового забезпечення функціонально-організаційної мультидисциплінарної моделі реабілітаційної допомоги у госпітальних кластерах стане підвищення ефективності реабілітаційної допомоги.

3. Запропоновані сучасні підходи до кадрового забезпечення (мультидисциплінарні команди, дуальна освіта) мають прикладне значення для закладів вищої медичної освіти та практичної охорони здоров'я у плануванні підготовки й розподілу фахівців.

4. Використання цифрових інструментів (ЕСОЗ, телереабілітація, e-Stock) сприятиме підвищенню якості та прозорості управління реабілітаційними процесами в закладах охорони здоров'я.

5. Результати дослідження можуть стати основою для пілотних проєктів у кластерних лікарнях, спрямованих на підвищення доступності та ефективності реабілітаційної допомоги як для цивільного населення, так і для військовослужбовців.

Ключові слова: реабілітація, заклади охорони здоров'я, госпітальні кластери, громадське здоров'я, кадрове забезпечення, інвалідність, організація медичної допомоги, управління охороною здоров'я, безперервний професійний розвиток, післядипломна освіта, Україна.

ANNOTATION

Pozhevilova A.A. Medical and Social Justification of Human Resources Provision for Rehabilitation Care within Hospital Clusters.

Qualification academic manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in the field of knowledge 22 “Health Care”, specialty 222 “Medicine” (scientific specialty: *Social Medicine*). – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, 2026.

MAIN RESULTS OF THE STUDY

The scientific study was conducted in accordance with the defined objective—to perform a medico-social investigation of human resource provision for rehabilitation care within hospital clusters. The research was carried out following a specially designed program structured into sequential stages in accordance with the established tasks. The methodological framework was based on the principles of systematic scientific inquiry and included methods defined in the passport of the specialty "Social Medicine", namely bibliosemantic, sociological, medico-statistical, epidemiological methods, as well as conceptual modelling, organizational experiment, and expert assessments.

The study examines contemporary approaches to the organization and functioning of the rehabilitation care system in Ukraine during the post-war recovery period. The necessity of transitioning to a medico-social model of rehabilitation—grounded in the principles of phased, continuous, multidisciplinary, and patient-centered care—is substantiated. The role of human resources, intersectoral coordination, and multidisciplinary teams in improving the effectiveness of rehabilitation programs is analyzed. The importance of cluster hospitals as structural hubs for the development of a modern rehabilitation network and centers of competence for restorative care is emphasized. The strategic need for integrating rehabilitation policy with the public health system, implementing digital monitoring technologies, and establishing unified standards of care quality is identified.

The results of the study form a scientific basis for optimizing the organizational model of rehabilitation in Ukraine and enhancing the effectiveness of national health policy. It has been established that developing evidence-based recommendations for optimizing human resource policy in rehabilitation—considering contemporary challenges in the healthcare system and wartime conditions in Ukraine—provides practical mechanisms for improving the accessibility and effectiveness of restorative services.

It has been demonstrated that a comprehensive medico-social justification of human resource provision for rehabilitation care in Ukraine enabled the identification of structural imbalances in the training and distribution of specialists, the assessment of the impact of human resources on the effectiveness of restorative treatment, and the proposal of a model for forecasting personnel needs for healthcare institutions of various levels.

Based on empirical data obtained through a sociological survey of managers and specialists of rehabilitation facilities, supplemented by expert evaluations and analytical processing of statistical materials, a comprehensive assessment of the current state of human resource provision for rehabilitation care within hospital clusters was performed. The analysis revealed key organizational imbalances and confirmed the need for optimization of human resource policy. The synthesis of findings enabled the development of a forecasting model for human resource needs, which provides the potential for improving the efficiency of rehabilitation services and facilitating the integration of rehabilitation care into the public health system.

Further development was achieved in the following areas: strategic human resource management tools in medical institutions providing rehabilitation services (practical recommendations for implementing a system of continuous professional development for rehabilitation personnel in accordance with EU requirements and the National Qualifications Framework of Ukraine); conceptual foundations of medico-social personnel planning within the healthcare sector; and theoretical approaches to human resource planning in healthcare.

The obtained results formed the basis for the medico-social justification of an optimized functional-organizational model of comprehensive rehabilitation within hospital clusters.

Scientific Novelty. The scientific novelty lies in deepening existing and substantiating new theoretical approaches to developing and strengthening the human resource capacity of multidisciplinary rehabilitation teams in hospital clusters in Ukraine, with the integration of public health principles. For the first time, a conceptual model of human resource planning for rehabilitation services was developed, integrating scenario-based forecasting, a standardized team structure, and intersectoral coordination mechanisms. Methodological approaches to assessing and predicting workforce needs, structuring educational trajectories, and implementing digital coordination tools for multidisciplinary teams were improved.

For the first time in Ukraine:

A comprehensive scenario-based model for human resource provision for rehabilitation in a hospital cluster was developed, combining epidemiological forecasting parameters, a standardized multidisciplinary team framework, and intersectoral cooperation mechanisms.

An algorithm for integrating public health into the professional training of rehabilitation specialists was established, combining population-based analysis, epidemiological assessment of functional impairments, and service planning.

Improvements include:

Methodological approaches to workforce forecasting through a four-wave demand model (war-related injuries, non-communicable diseases, ageing, and Post-COVID conditions).

Approaches to designing educational trajectories, including “bridging” programmes and post-graduate biomedical certification pathways for non-medical professionals.

The structural model of a multidisciplinary team, enhanced by digital coordination tools and integrated governance mechanisms.

Further developed:

Scientific approaches to evaluating social determinants of workforce retention, including occupational safety, career development, psychological support, and local social resources.

Methods for constructing rehabilitation workforce strategies based on EU and WHO CPD standards and the Rehabilitation 2030 agenda.

The scientific concept of an integrated rehabilitation system, substantiating the interaction between educational institutions, healthcare facilities, the social sector, and community initiatives to improve population health.

Theoretical Significance. The results significantly expand the theory of social medicine by contributing to the understanding of organizational optimization within the national rehabilitation service.

Practical Significance:

The developed functional-organizational model of rehabilitation within hospital clusters can be used by the Ministry of Health of Ukraine and local health authorities to improve national strategies for rehabilitation system development.

The implementation of the recommended staffing norms for the multidisciplinary rehabilitation model will enhance the effectiveness of service delivery.

The proposed approaches to human resource management (multidisciplinary teams, dual education) have applied value for higher medical education institutions and healthcare facilities in planning workforce training and allocation.

The use of digital tools (eHealth/ESoZ, telerehabilitation, e-Stock) will increase the transparency and quality of rehabilitation service management.

The study outcomes may be applied in pilot projects within cluster hospitals to improve access to rehabilitation for both civilian populations and military personnel.

Keywords: rehabilitation, healthcare facilities, hospital clusters, public health, workforce planning, disability, health service organization, health systems management, continuing professional development, postgraduate training, Ukraine.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ

Статті у наукових фахових виданнях

В журналах категорії А

1. **Пожевілова А. А.,** Вовк С. М., Голубчиков М. В. Концептуальні підходи до створення міжінтегральної моделі реабілітації в Україні. Україна здоров'я нації №3 2025 С. 214-221

[DOI: https://doi.org/10.32782/2077-6594/2025.3/24](https://doi.org/10.32782/2077-6594/2025.3/24)

В журналах категорії Б

2. **Пожевілова А. А.,** Пожевілова К.В., Безперервний професійний розвиток лікаря-стоматолога (2021) [] / К. Пожевілова // Oral and General Health. - 2021. - Т. 2, № 4. С. 42-45 .[DOI: //doi.org/10.22141/ogh.2.4.2021.251148](https://doi.org/10.22141/ogh.2.4.2021.251148)

3. **Пожевілова А. А.,** Пожевілова К.В., Акредитація медичних закладів України під час воєнного стану ORAL GENERAL HEALTH Том 3, № 3-4 2023. С 32-40 .[DOI:/doi.org/10.22141/ogh.4.3-4.2023.169](https://doi.org/10.22141/ogh.4.3-4.2023.169)

4. **Пожевілова А. А.,** Михальчук В.М., Мельник В.М. Значення територіальної громади в забезпеченні надання реабілітаційних послуг населення в Україні/, / Лікарська справа 3(1172) 2024 С.23-31
[DOI: https://doi.org/10.31640/LS-2024-3-03](https://doi.org/10.31640/LS-2024-3-03)

5. **Пожевілова А. А.,** Михальчук В.М. Реабілітаційна допомога у програмі медичних гарантій та проблеми її кадрового забезпечення. Лікарська справа 3(1172) 2024 С.23-31.[DOI: https://doi.org/10.31640/LS-2024-4-02](https://doi.org/10.31640/LS-2024-4-02)

Матеріали конференцій

6. **Пожевілова А. А.,** Журавель В. І., Борковський Д. С., Журавель В. В. Визначальні професійно-особисті властивості керівника-менеджера системи медичної допомоги населенню у діловому комунікативному процесі. The 2nd International scientific and practical conference “Innovations and prospects in

modern science” (February 13-15, 2023) SSPG Publish, Stockholm, Sweden. 2023. С. 52-59. <https://sci-conf.com.ua>

7. **Пожевілова А. А.** Сучасні підходи формування кадрового потенціалу при створенні міждисциплінарних реабілітаційних груп в умовах військового стану. IV Міжнародної науково-практичної конференції «Сучасні аспекти реформування системи публічного управління в умовах воєнного часу» м. Переяслав, 2024. С.125-128.

8. **Пожевілова А. А.** Актуальні кадрові проблеми забезпечення реабілітаційної допомоги в межах госпітальних кластерів. Науково-практичної конференції з міжнародною участю «Проблеми управління суспільним розвитком в умовах криз та після кризового відновлення» м. Київ, НУОЗ України імені П. Л. Шупика, 2024. С.128-131.

9. **Пожевілова А. А.** Сучасні тенденції кадрового забезпечення реабілітаційної допомоги населення територіальних громад в умовах війни. XII Міжнародній Науково-практичній конференції до Всесвітнього дня здоров'я «Організаційно-правові аспекти публічного управління в Україні» м. Полтава, 2025. С. 155-157.

10. **Пожевілова А. А.** Трансформація реабілітаційної допомоги населенню в умовах військового конфлікту. XVIII Міжнародної науково-практичної конференції «Умови економічного зростання в країнах з ринковою економікою» м. Переяслав, 2025 р. С 197-201. DOI: <https://sci-conf.com.ua>

11. **Пожевілова А. А., Пожевілова К.В.** Безперервний професійний розвиток лікарів в умовах воєнного стану Науково-практичній конференції з міжнародною участю «Інноваційні технології в сучасній стоматології» м. Івано-Франківськ, 14-15 березня 2025. С 95-98.

12. **Пожевілова А. А., Пожевілова К. В.** Обґрунтування інтеграції концепції громадського здоров'я в сучасну стоматологічну практику України. The IX International Scientific and Practical Conference «Science in the modern

world: innovations and challenges» Toronto, Canada 15-17 May 2025. С.170-176
DOI: <https://sci-conf.com.ua>

13. **Пожевілова А. А.** Трансформація реабілітаційної допомоги умовах військового стану в Україні. X International Scientific and Practical Conference «science and technology: challenges, prospects and innovations» Осака, Японія, 2025. С 197-201. DOI: <https://sci-conf.com.ua>

14. **Пожевілова А. А.** Сучасні тенденції кадрового забезпечення реабілітаційної допомоги населення територіальних громад в умовах війни. XII Міжнародної науково-практичної Інтернет-конференції Організаційно-правові аспекти публічного управління в Україні м. Полтава, 2025. С. 155-157.

15. **Пожевілова А. А.** Реабілітаційна допомога населенню як чинник підвищення рівня громадського здоров'я. VIII Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я», м. Полтава, 2025. С 209-212.

ЗМІСТ

Назва розділу/підрозділу	Стор.
АНОТАЦІЯ	2
ЗМІСТ	15
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	17
ВСТУП	18
РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ	31
1.1. Міжнародний досвід розвитку реабілітаційної допомоги.....	31
1.2. Сучасний стан системи реабілітаційної допомоги	37
1.3. Нормативно-правове забезпечення реабілітаційної допомоги в Україні.....	45
1.4. Соціально-економічні аспекти та регіональні особливості реабілітаційної допомоги	54
1.5. Необхідність розробки функціонально-організаційної моделі реабілітації в умовах госпітальних кластерів	58
Висновки до розділу 1.....	61
РОЗДІЛ 2. Програма, матеріали і методи дослідження.....	65
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ ІСНУЮЧОЇ СИСТЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ.....	77
3.1. Аналіз кадрового забезпечення системи реабілітаційної допомоги	77
3.2 Аналіз матеріально-технічної бази реабілітаційної допомоги та фінансового забезпечення	84
3.3 Обсяг програм НЗСУ госпітальних кластерів та закладів охорони здоров'я	86
3.4. Формування професійних компетентностей у фізичній та реабілітаційній медицині.....	96

3.5. Стратегічний потенціал і вразливості системи реабілітаційної допомоги: SWOT підхід.....	101
Висновки до розділу 3.....	105
РОЗДІЛ 4. АНАЛІЗ СОЦІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ.....	
4.1. Методика оцінки кадрового потенціалу реабілітаційної допомоги в межах госпітального кластера.....	108
4.2. Системний аналіз інфраструктурної готовності госпітальних кластерів.....	118
4.3. Аналіз соціологічного дослідження медичних працівників реабілітаційної допомоги.....	125
Висновки до розділу 4.....	145
РОЗДІЛ 5. МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ МОДЕЛІ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ.....	
5.1. Концептуальна модель кадрового забезпечення реабілітаційної допомоги в умовах госпітального кластера	149
5.2. Експертна оцінка функціонально-організаційної концептуальної моделі кадрового забезпечення госпітальних кластерів.....	156
5.3. Прогноз потреби у кадрах з урахуванням демографічних, епідеміологічних та соціальних факторів.....	162
Висновки до розділу 5.....	169
ВИСНОВКИ.....	172
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	177
ДОДАТКИ	194

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- БПР – безперервний професійний розвиток
- ВООЗ - Всесвітня організація охорони здоров'я
- ЕСОЗ - електронній системі охорони здоров'я
- ЄС - Європейський союз
- ЗОЗ - заклад охорони здоров'я
- ЗУ – Закон України
- ІКСР - Інтегральний індекс кадрової спроможності реабілітаційного кластера
- МДК – мультидисциплінарна команда
- НАМН України - Національна Академія медичних наук України
- КМУ - Кабінет міністрів України
- МКФ - міжнародна класифікація функцій
- МОЗ - міністерство охорони здоров'я
- МІС - Медична інформаційна система
- ООН - Організація об'єднаних націй
- ПМГ- програма медичних гарантій
- РД - реабілітаційна допомога
- ФРМ - фізична та реабілітаційна медицина
- COVID-19 - коронавірусна хвороба
- ICF - Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я
- QALY- Quality-Adjusted Life Year (Рік життя, скоригований за якістю)
- ISPRM- Міжнародне товариство фізичної та реабілітаційної медицини
- WFOT- Всесвітня федерація ерготерапевтів
- SWOT - Strengths (сильні сторони), Weaknesses (слабкі сторони), Opportunities (можливості), Threats (загрози)

ВСТУП

Актуальність теми. Потреба дорослого населення у реабілітаційній допомозі є ключовим індикатором стану громадського здоров'я та соціальної стабільності держави. За оцінками ВООЗ, у 2025 році близько 15 % дорослого населення світу потребує різних видів реабілітаційних послуг [1]. Україні цей показник суттєво зріс унаслідок повномасштабної війни. Воєнні дії призвели до різкого збільшення частки осіб із травмами, пораненнями, ампутаціями, неврологічними порушеннями та психосоціальними розладами, що значно підвищило загальнонаціональну потребу в реабілітації. Аналітичні дані міжнародних і національних оглядів свідчать про стале зростання потреби у реабілітаційній допомозі серед дорослих, що зумовлено поєднанням факторів війни, старінням населення, поширенням хронічних неінфекційних захворювань та зростанням рівня травматизму [2-4]. Найвищі показники потреби спостерігаються в регіонах, що зазнали значних руйнувань, де медичні й соціальні бар'єри обмежують доступ до послуг та посилюють тягар функціональних порушень.

За даними ВООЗ, до 2050 р. частка осіб у віці старше 60 років зросте удвічі, що обумовить приріст інвалідизації населення внаслідок хронічних неінфекційних захворювань [1-3].

За оновленими оцінками ВООЗ та міжнародних аналітичних досліджень, поширеність стійких функціональних обмежень і потреби в реабілітаційних послугах серед дорослого населення в країнах ЄС є стабільно високою та має тенденцію до зростання [4, 8]. Функціональні обмеження становить у середньому 14-16 %, із широким діапазоном варіабельності залежно від демографічних, соціально-економічних та епідеміологічних чинників. Зокрема, у США відсоток дорослих, які мають функціональні порушення та потребують реабілітаційної підтримки, оцінюється на рівні 26 %, у Китаї - 15-17 %, у Великобританії - близько 20 %.

В Україні у 2025 році, за інтегрованими оцінками ВООЗ, міжнародних аналітичних досліджень та національних джерел, потреба дорослого населення в РД становила 12-15 %, при цьому спостерігається її зростання внаслідок воєнних дій, збільшення кількості бойових і цивільних травм, поширеності хронічних неінфекційних захворювань та ускладнень, а також підвищеного рівня психосоціальних порушень і стрес-індукованих станів [8, 22].

Майже всі хронічні захворювання потребують певного об'єму реабілітаційної допомоги. Багатогранність чинників інвалідизації населення обумовлює актуальність розробки стандартів, протоколів і моделей реабілітаційної допомоги. При цьому задоволення потреб в реабілітаційній допомозі недостатнє. За даними ВООЗ для пацієнтів з серцевою недостатністю, яким необхідна кардіологічна реабілітація, в Європейському союзі її отримують менше 20,0% пацієнтів від фактичної потреби. Дефіцит реабілітаційних програм обумовлений відсутністю національних політик і планів реабілітації, недостатнє фінансування; обмежена територіальна доступність та кадрове забезпечення закладів охорони здоров'я, брак обладнання, технологій і стандартів допомоги [2, 6]. Для посилення ролі реабілітації в охороні здоров'я населення з 2017 року працює Програма ВООЗ «Реабілітація 2030» [6, 7]. Ключовим елементом програми є підтримка реабілітаційних програм на національному рівні.

В Україні нормативно-правові засади надання реабілітаційної допомоги визначені Законом України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [9] та низкою підзаконних актів МОЗ і Кабінету Міністрів України [10-21], які регламентують організацію реабілітаційних маршрутів, матеріально-технічне забезпечення, кадрові вимоги та фінансування послуг.

Питання кадрового забезпечення реабілітаційної допомоги розглядаються в ракурсі впливу даного чинника на ефективність клінічної реабілітації. Але питання кадрового забезпечення в організації реабілітаційної

допомоги, мультидисциплінарних команд та можливості взаємодії закладів охорони здоров'я (наступність допомоги) на регіональному (кластерному) рівні залишаються не вивченими.

За аналітичними даними Центру медичної статистики МОЗ України, інфраструктура реабілітаційної допомоги включає значну кількість відділень і підрозділів, що потенційно можуть бути основою для розвитку реабілітаційних кластерів, однак їх кадрове та ресурсне забезпечення залишається недостатнім [25]. Інфраструктура закладів, що використовують реабілітаційну допомогу включає 105 відділень відновного лікування, 1827 фізичної терапії, 580 підрозділів лікувальної фізкультури для дорослих, 190 - для дітей, а також 102 кабінети голкорексфлексотерапії та 10 підрозділів мануальної терапії. Така мережа може становити основу для формування реабілітаційних лікарень, амбулаторних центрів та комплексних реабілітаційних установ шляхом їх реорганізації відповідно до чинного законодавства.

Одним із ключових системних бар'єрів розвитку реабілітаційної допомоги залишається дефіцит кваліфікованих кадрів та відсутність науково обґрунтованих критеріїв визначення кадрової потреби для забезпечення комплексної реабілітації. Додаткові труднощі пов'язані з недостатньою інтеграцією психолого-педагогічних і соціальних компонентів у реабілітаційний процес та нерозумінням соціальними службами ролі медичного етапу відновлення, що послаблює міжсекторальну взаємодію та ефективність реабілітаційних заходів [26, 29].

Суттєвим недоліком залишається практична відсутність міжвідомчої координації між сферами охорони здоров'я, освіти та соціального захисту у питаннях організації реабілітаційних послуг для осіб з інвалідністю. Фахові джерела підкреслюють, що нинішня система не задовольняє реальні потреби населення, особливо у сільській місцевості, та позбавлена комплексної системи оцінки потреб пацієнтів, міждисциплінарного підходу та орієнтації на

клієнта. На державному рівні відсутній медико-соціальний моніторинг результативності та ефективності роботи реабілітаційних служб, що суттєво знижує можливості для планування та управління системою [29].

В Україні спостерігається недостатня координація між системами охорони здоров'я, освіти та соціального захисту у сфері реабілітації осіб з інвалідністю, що зумовлює фрагментарність і низьку узгодженість реабілітаційних заходів. Наявна інфраструктура не забезпечує повною мірою потреб населення в реабілітаційних послугах, особливо у сільських та віддалених регіонах. Реабілітаційній галузі бракує комплексного механізму оцінки потреб пацієнтів, налагодженої міждисциплінарної взаємодії та орієнтації на індивідуальний реабілітаційний маршрут. Крім того, на державному рівні відсутня системна медико-соціальна оцінка результативності реабілітаційних послуг і моніторинг ефективності роботи реабілітаційних закладів, що обмежує можливості для стратегічного планування та підвищення якості надання допомоги.

Значна кількість наукових досліджень зосереджена на пошуках удосконалення клінічної ефективності медичної реабілітації. Разом з тим, оптимальний вибір індивідуальної програми реабілітації пацієнтів не може бути повноцінно реалізованим без функціонування мультидисциплінарного підходу та обґрунтування оптимального кадрового забезпечення моделі реабілітації на кластерному рівні охорони здоров'я.

В умовах сучасних викликів для системи охорони здоров'я України, зокрема зростання потреб у медичній реабілітації внаслідок воєнної агресії, демографічних змін та збільшення поширеності хронічних захворювань, особливої ваги набуває ефективна організація реабілітаційної допомоги. Одним із ключових компонентів її якості та доступності є належне кадрове забезпечення, що охоплює не лише кількісні показники, а й професійну компетентність та міждисциплінарну взаємодію.

У контексті сучасної трансформації системи охорони здоров'я України та євроінтеграційних процесів важливою складовою стало впровадження медичної реформи, що передбачає створення госпітальних округів і кластерів як функціональних структурних одиниць з метою забезпечення рівного доступу до якісної медичної допомоги.

Реабілітаційна допомога, відповідно до наказу МОЗ України № 1836 від 08.10.2020 р., визнана окремим видом медичної допомоги, що має надаватися з перших днів після захворювання або травми, включно з рівнями гострої, субгострої та довготривалої реабілітації. Однак, попри нормативне закріплення, на практиці відчувається дефіцит підготовлених фахівців: за даними Центру громадського здоров'я, станом на 2023 рік лише близько 12% лікарень мали у своєму штаті повноцінні МДК.

Додатково, повномасштабне вторгнення рф в Україну у 2022 році суттєво загостило потребу в реабілітаційній допомозі - зростає кількість військовослужбовців, цивільних осіб з травмами, психологічними порушеннями та хронічними ускладненнями. За прогнозами МОЗ, у 2024-2025 роках кількість пацієнтів, які потребуватимуть комплексної реабілітації, перевищить 300 тисяч щорічно.

На цьому тлі формування кадрового потенціалу набуває ключового значення: не лише забезпечити достатню кількість спеціалістів (лікарів, ерготерапевтів, фізичних терапевтів, психологів тощо), а й сформувати сталі команди з розподілом функцій, підтримкою професійного розвитку та збереження кадрів у межах регіональних кластерів.

Таким чином, медико-соціальне обґрунтування кадрового забезпечення реабілітаційної допомоги в межах госпітального кластера є своєчасним, науково важливим та суспільно значущим напрямом дослідження.

Зв'язок дослідження з науковими програмами, планами, темами.

Дослідження виконувалося згідно з планом наукових досліджень Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика та є результатом бюджетної науково-дослідної роботи кафедри управління охороною здоров'я «Визначення потреб у кадрах на рівні закладів охорони здоров'я для запровадження нової моделі реабілітаційної допомоги в Україні» (державний реєстраційний номер 0124U001619, термін виконання 2024-2026 рр.). Дисертант є виконавцем окремого фрагмента НДР.

Мета дослідження: обґрунтувати нормативи оптимального кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я в межах госпітальних кластерів для функціонування концептуальної моделі реабілітаційної допомоги в Україні.

Об'єкт дослідження: система реабілітаційної допомоги в розрізі закладів охорони здоров'я госпітальних кластерів.

Предмет дослідження: медико-соціальні, організаційні та нормативні параметри формування, розподілу, використання і відновлення кадрових ресурсів реабілітаційної допомоги; показники ефективності діяльності мультидисциплінарних команд і якості послуг.

Для досягнення даної мети були поставлені наступні завдання:

1. Узагальнити міжнародний та національний досвід організації реабілітаційної допомоги та її кадрового забезпечення.
2. Провести аналіз фактичного кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я в розрізі госпітальних кластерів для надання реабілітаційної допомоги.
3. Вивчити організацію надання реабілітаційної допомоги в розрізі її етапності та мультидисциплінарного підходу в межах госпітальних кластерів.
4. Обґрунтувати та розробити критерії визначення та рекомендовані нормативи кадрового забезпечення мультидисциплінарних команд для реабілітаційної допомоги в межах госпітальних кластерів.

5. Обґрунтувати модель надання реабілітаційної допомоги і оцінки якості надання реабілітаційної допомоги на рівні ЗОЗ та госпітальних кластерів.

Наукові бази та джерела даних: КНП «КМДКЛ» №2, КНП «КМКЛ» №3, КНП «КМКЛ» №4, , ДНП «НДСЛ» ОХМАДИТ МОЗ України, кафедра управління охороною здоров'я; кафедра реабілітаційної медицини, фізичної терапії та спортивної медицини; кафедра громадського здоров'я, епідеміології та екології; кафедра публічного управління, адміністрування та соціальної роботи; офіційна статистика (форма №20; реєстри НСЗУ за пакетами реабілітації; звітні форми ЗОЗ); нормативно-правова база МОЗ України та пов'язаних відомств; публікації ВООЗ, національні клініко-організаційні документи; матеріали соціологічних опитувань фахівців і керівників підрозділів реабілітації (за стандартизованими анкетами).

Дослідження охопило період 2021-2025 років.

Методи дослідження. Для вирішення поставлених у дослідженні завдань використані відповідні методи:

- системний підхід та системний аналіз - для обґрунтування концептуальних напрямів розвитку УК та концептуальної функціонально-організаційної сучасної моделі університетської клініки України;

- бібліосемантичний метод застосовано для системного опрацювання світового та національного досвіду з організації реабілітаційної допомоги та аналізу програм реабілітації різного профілю. Теоретичний огляд проведено на основі понад 157 опрацьованих наукових джерел, що забезпечило належну глибину та повноту дослідження.

- соціологічний метод (анкетного опитування) - для вивчення думки споживачів реабілітаційних послуг та лікарів щодо організації та удосконалення реабілітаційної допомоги;

- медико-статистичний метод - для збору, обробки, аналізу та оцінки соціально-медичних, медико-демографічних, соціально-економічних

показників та визначення ефективності функціонально-організаційної моделі реабілітації.

- економічний метод - для оцінки ефективності впровадження оптимізованої функціонально-організаційної моделі реабілітаційної допомоги;
- концептуального моделювання - для розробки інноваційної концептуальної функціонально-організаційної концептуальної моделі госпітальних кластерів;
- експертних оцінок - для одержання експертної оцінки потенційної ефективності розробленої концептуальної функціонально-організаційної моделі госпітальних кластерів;
- SWOT-аналіз - для оцінки сильних і слабких сторін спроможності кадрового ресурсу госпітальних кластерів з метою визначення основних напрямів її подальшого розвитку та потенційних ризиків.

Наукова новизна результатів дослідження полягає у поглибленні існуючих та обґрунтуванні нових теоретичних підходів до розвитку й формування кадрового потенціалу МДК у госпітальних кластерах України з інтеграцією принципів громадського здоров'я. Вперше розроблено концептуальну модель кадрового забезпечення реабілітаційної допомоги, яка інтегрує сценарне прогнозування, стандартизовану структуру команди та міжсекторальні механізми взаємодії. Удосконалено методичні підходи до оцінки й прогнозування кадрової потреби, структурування освітніх траєкторій і цифрових механізмів координації роботи МДК.

Очікувані результати, їх наукова новизна полягатиме в тому, що планується вперше обґрунтувати кадрове забезпечення МДК функціонально-організаційної концептуальної моделі реабілітаційної допомоги в межах госпітальних кластерів.

Вперше в Україні:

1. Розроблено концептуальну модель кадрового забезпечення реабілітаційної допомоги в умовах госпітального кластера, яка поєднує прогностичні епідеміологічні параметри, стандартизовану структуру мультидисциплінарної команди та міжсекторальні механізми взаємодії.

2. Визначено алгоритм інтеграції public health у професійну підготовку реабілітологів, що поєднує популяційний аналіз, епідеміологічну оцінку функціональних порушень і планування послуг.

Удосконалено:

1. Методичні підходи до прогнозування кадрової потреби шляхом включення чотирьоххвильової моделі попиту (воєнні травми, НІЗ, старіння, Post-COVID).

2. Підхід до формування освітніх траєкторій, зокрема обґрунтовано параметри «мостових» програм і післядипломної медико-біологічної сертифікації для фахівців з немедичною освітою.

3. Структурну модель мультидисциплінарної команди, доповнивши її цифровими інструментами координації та механізмами інтегрованого управління.

Дістало подальший розвиток:

1. Наукові підходи до оцінки соціальних чинників утримання кадрів, включно з аналізом безпеки праці, кар'єрного росту, психологічної підтримки та локальних соціальних ресурсів.

2. Методи побудови реабілітаційних кадрових стратегій, що базуються на міжнародних (ЄС, ВООЗ) стандартах CPD та рекомендаціях Rehabilitation 2030.

3. Наукова концепція інтегрованої системи реабілітаційної допомоги, яка обґрунтовує взаємодію освітнього середовища, медичних закладів, соціального сектору та громадських ініціатив для відновлення стану здоров'я людини.

Перспективи подальших наукових розробок зосереджуються на розробленні та впровадженні механізмів координації між різними секторами системи охорони здоров'я, соціального захисту та громадських ініціатив, а також на створення та вдосконалення взаємодії між фахівцями МДК. Такий підхід дозволить підвищити ефективність інтегрованих процесів реабілітації та забезпечити узгодженість дій усіх суб'єктів системи.

Отримані результати свідчать про необхідність комплексного системного підходу до реформування національної реабілітаційної системи. Синтез даних нормативно-правових документів, статистичних звітів і наукових джерел дозволяє дійти висновку, що інтеграція медичних, соціальних, освітніх і громадських ресурсів може істотно підвищити ефективність реабілітаційної допомоги, за умови подолання існуючих структурних і управлінських бар'єрів.

Таким чином, представлена робота є значним вагомим внеском у наукове осмислення сучасних тенденцій реформування системи реабілітації в Україні. Отримані результати можуть слугувати аналітичним та методологічним підґрунтям для подальших досліджень і практичних дій, спрямованих на вдосконалення державної політики, підвищення якості та доступності реабілітаційних послуг для всіх верств населення.

Теоретичне значення одержаних результатів полягає у суттєвому доповненні теорії соціальної медицини щодо вчення про оптимізацію організаційних основ реабілітаційної служби України.

Практичне значення отриманих результатів :

1. Розроблена функціонально-організаційна концептуальна модель реабілітаційної допомоги у госпітальних кластерах може бути використана МОЗ України та органами управління охороною здоров'я для удосконалення національної стратегії розвитку системи реабілітації.

2. Впровадження рекомендованих нормативів кадрового забезпечення функціонально-організаційної концептуальної моделі реабілітаційної

допомоги у госпітальних кластерах стане підвищення ефективності реабілітаційної допомоги.

3. Запропоновані сучасні підходи до кадрового забезпечення (МДК, дуальна освіта) мають прикладне значення для закладів вищої медичної освіти та практичної охорони здоров'я у плануванні підготовки й розподілу фахівців.

4. Використання цифрових інструментів (ЕСОЗ, телереабілітація, e-Stock) сприятиме підвищенню якості та прозорості управління реабілітаційними процесами в закладах охорони здоров'я.

5. Результати дослідження можуть стати основою для пілотних проєктів у кластерних лікарнях, спрямованих на підвищення доступності та ефективності реабілітаційної допомоги як для цивільного населення, так і для військовослужбовців.

Упровадження результатів дослідження здійснено: в освітні процеси у Національному університеті охорони здоров'я імені П. Л. Шупика, КНП «КМДКЛ» № 2, КНП «КМКЛ» № 3, КНП «КМКЛ» № 4, ДНП «НДСЛ» ОХМАДИТ МОЗ України.

Особистий внесок здобувача. Автором проведено послідовний теоретико-методологічний аналіз наукових джерел, розроблено програму дослідження та методичний інструментарій відповідно до визначених завдань. Здобувачем укладено анкети соціологічного опитування (Додатки Б1–Б3), здійснено формування та статистичний аналіз масиву первинних даних, їх узагальнення та інтерпретацію. На завершальному етапі автором обґрунтовано та створено функціонально-організаційну концептуальну модель реабілітаційної допомоги. Усі розділи дисертаційної роботи, таблиці, рисунки, а також сформульовані висновки та практичні рекомендації підготовлено автором особисто.

Статистичний аналіз виконано з використанням ліцензійного програмного забезпечення Statistica 10.0.

Внесок здобувача у публікації, виконані у співавторстві, є визначальним і включає формування концепції дослідження, постановку завдань, збирання й опрацювання даних, написання основного тексту, проведення медико-статистичного аналізу, інтерпретацію результатів та підготовку висновків.

Апробація результатів дисертації. Результати дисертаційного дослідження були представлені та обговорені на наукових форумах, конференціях і фахових заходах різного рівня:

The 2nd International scientific and practical conference “Innovations and prospects in modern science” (February 13-15, 2023) SSPG Publish, Stockholm, Sweden. 2023.

IV Міжнародної науково-практичної конференції «Сучасні аспекти реформування системи публічного управління в умовах воєнного часу» м. Переяслав, 2024.

Науково-практичні конференції з міжнародною участю «Проблеми управління суспільним розвитком в умовах криз та після кризового відновлення» м. Київ, НУОЗ України імені П. Л. Шупика, 2024.

XII Міжнародній Науково-практичній конференції до Всесвітнього дня здоров'я «Організаційно-правові аспекти публічного управління в Україні» м. Полтава, 2025.

XVIII Міжнародної науково-практичної конференції «Умови економічного зростання в країнах з ринковою економікою» м. Переяслав, 2025 р.

Науково-практичній конференції з міжнародною участю «Інноваційні технології в сучасній стоматології» м. Івано-Франківськ, 14-15 березня 2025.

The IX International Scientific and Practical Conference «Science in the modern world: innovations and challenges» Toronto, Canada 15-17 May 2025.

X International Scientific and Practical Conference «science and technology: challenges, prospects and innovations» Осака, Японія, 2025

ХІІ Міжнародної науково-практичної Інтернет-конференції Організаційно-правові аспекти публічного управління в Україні м. Полтава , 2025.

VІІІ Всеукраїнська науково-практична конференція з Міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я», м. Полтава, 2025

Публікації. Результати дисертації опубліковані у 15 наукових працях: у 4 статтях у наукових фахових виданнях України, у 1-й статті у виданні, що входить до наукометричної бази Scopus; 11-ти тезах у збірках матеріалів Міжнародних науково-практичних конференцій.

Обсяг і структура дисертації. Дисертаційна робота викладена на 221 сторінках друкованого тексту, з яких 176 сторінок становить основний зміст. Робота містить 19 таблиці, 20 рисунки та 21 додатки. Структура дисертації включає вступ, п'ять розділів, висновки та список використаних джерел. Бібліографічний список охоплює 157 найменувань, серед яких 110 джерела кирилицею та 47 латиницею, у тому числі 4 публікації автора за темою дисертації, 1 стаття у виданні, індексованому наукометричною базою Scopus, а також 10 тезах, матеріалів Міжнародних науково-практичних конференцій опублікованих у збірниках.

РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ

1.1. Міжнародний досвід розвитку реабілітаційної допомоги.

Сучасна система реабілітаційної допомоги в Україні перебуває на етапі глибокої трансформації, що обумовлено необхідністю адаптації медичних, соціальних і освітніх процесів до нових викликів, спричинених війною, зростанням кількості осіб з інвалідністю, травмами та посттравматичними станами. Реабілітація сьогодні розглядається не лише як окремий етап медичної допомоги, а як безперервний міждисциплінарний процес, спрямований на відновлення максимально можливого рівня здоров'я, працездатності та якості життя людини.

Реабілітація є однією із п'яти ключових стратегій у сфері охорони здоров'я, до яких також відносяться промоція здоров'я, профілактика захворювань, їх лікування та паліативна допомога [1]. Орієнтація систем охорони здоров'я на розвиток реабілітаційних послуг сприяє не лише продовженню життя, але й покращенню його якості.

Паралельно зі зростанням тягаря інвалідності зростає й потреба в реабілітаційних послугах. ВООЗ визначає реабілітацію як сукупність заходів, спрямованих на покращення функціональних можливостей і зниження рівня інвалідності у людей з різними проблемами здоров'я у взаємодії з навколишнім середовищем. Реабілітація є економічно ефективною послугою, яка може знадобитися будь-якій людині у певний момент її життя. Старіння населення та зростання поширеності неінфекційних захворювань є ключовими факторами, які зумовлюють зростання потреби у реабілітаційних послугах [2].

Згідно результатів аналізу Глобального тягаря захворювань, травм та факторів ризику за 2019 рік, потребу у реабілітаційних послугах у

Європейському регіоні ВООЗ мали 394 мільйони осіб, тобто кожні двоє з п'яти. У дослідженні показано, що потреба у реабілітаційній допомозі у Європейському регіоні ВООЗ на 64.3% обумовлена хворобами кістково-м'язової системи, 16.4% - хворобами органів чуття, 8.7% - хворобами нервової системи, 4.3% - обструктивними хворобами органів дихання, 3.7% - розладами психіки і поведінки, 1.3% - новоутвореннями і 1.2% - хворобами системи кровообігу[32].

На думку експертів ВООЗ, результати даного аналізу дозволяють скоригувати поширені уявлення щодо реабілітації як послуги, яку нібито потребують лише особи з інвалідністю або яка є доступною лише обмеженому колу осіб як послуги, потребу у якій мають лише особи з інвалідністю або як розкоші, яку можуть собі дозволити лише обрані. [5, 6].

ВООЗ сприяє країнам у розширенні доступу до медичних послуг, включаючи реабілітацію, яка визначена як невід'ємна частина базового медичного обслуговування. Без належного надання реабілітаційних послуг досягнення загального медичного забезпечення і створення надійного майбутнього для всіх є неможливим. У цьому контексті загальне охоплення медичними послугами передбачає рівний доступ до якісної реабілітації та допоміжних засобів на всіх рівнях системи охорони здоров'я - первинному, вторинному та третинному - без ризику фінансових труднощів [5,6,7].

Попри значні особисті й суспільні вигоди, реабілітація все ще не є пріоритетом у багатьох країнах і залишається недостатньо фінансованою. Для багатьох жителів Європейського регіону ВООЗ доступ до цих послуг з реабілітації обмежений. Низький рівень обізнаності щодо важливості реабілітації спричиняє нестачу політичної підтримки та фінансування, необхідних для розвитку відповідних програм, інфраструктури й підготовки кваліфікованих фахівців [8].

У 2017 році відбувся важливий етап у зміцненні реабілітації як однієї з пріоритетних стратегій охорони здоров'я. Саме тоді ВООЗ анонсувала

ініціативу «Реабілітація - 2030», закликаючи всі зацікавлені сторони до скоординованих та узгоджених глобальних дій, спрямованих на розширення масштабів надання реабілітаційних послуг на національному рівні. [6].

У документі ВООЗ «Реабілітація - 2030: заклик до дій» було визначено 10 ключових пріоритетів для посилення систем охорони здоров'я у сфері реабілітації, зокрема, таких як [6]:

1. Зростання підтримки процесів реабілітації з боку керівництва та політичних кіл на регіональному, національному й глобальному рівнях.

2. Оптимізація процесів планування і організації реабілітаційних послуг як на національному, так і на субнаціональному рівнях.

3. Поглиблення інтеграції реабілітаційних послуг у систему охорони здоров'я та посилення міжсекторальної співпраці для ефективного задоволення потреб населення.

4. Включення реабілітаційної допомоги до загальнодоступних послуг системи охорони здоров'я.

5. Розробка комплексних моделей надання реабілітаційних послуг для забезпечення рівного доступу до них для всього населення, включаючи жителів сільської місцевості та віддалених регіонів.

6. Формування чисельного багатoproфільного складу фахівців у сфері реабілітації з урахуванням специфічних потреб кожної країни та просування концепції реабілітації в освітніх програмах системи охорони здоров'я.

7. Збільшення обсягів фінансування реабілітаційних послуг через відповідні фінансові механізми.

8. Збір актуальних даних про реабілітацію із використанням Міжнародної класифікації функціонування для удосконалення інформаційного забезпечення управління реабілітаційною допомогою.

9. Посилення дослідницького потенціалу й підвищення доступності достовірної інформації про процеси та результати реабілітації.

10. Створення і зміцнення мережі співпраці та партнерств у сфері реабілітаційних послуг, зокрема між країнами з різними рівнями економічного розвитку.

Для сприяння країнам у створенні комплексного, послідовного та ефективного стратегічного плану зміцнення реабілітаційної допомоги, ВООЗ у 2019 році підготувала посібник: «Rehabilitation in health systems: guide for action» (Реабілітація в системах охорони здоров'я: керівництво до дії) [30].

Згідно запропонованих ВООЗ підходів, зміцнення національних (та субнаціональних) систем реабілітації має бути чотирьох етапним процесом, який передбачає:

1. Оцінку поточного стану реабілітаційної допомоги - Systematic Assessment of Rehabilitation Situation (STARS);
2. Стратегічне планування - Guidance for Rehabilitation Strategic Planning (GRASP);
3. Формування механізмів моніторингу та оцінки- Framework for Rehabilitation Monitoring and Evaluation (FRAME);

Впровадження розробленого стратегічного плану Action on Rehabilitation (ACTOR) .

Процес має циклічний характер: етапи з першого по третій повторюються періодично, наприклад з інтервалом у п'ять років. Четвертий етап, який стосується реалізації плану, є тривалим і передбачає безперервний цикл планування, виконання та оцінки; орієнтовна тривалість повної реалізації першого циклу становить близько 12 місяців.

Сучасна реабілітаційна система, згідно концепції ВООЗ, базується на біопсихосоціальній моделі, яка враховує обмеження у повсякденному функціонуванні та життєдіяльності; спирається на реабілітаційну стратегію охорони здоров'я, а також на Міжнародну класифікацію функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ).

За оцінками експертів ВООЗ, забезпечення доступності та якості реабілітаційних послуг залежить від ефективного планування, фінансування та організації їх надання. Одним із ключових напрямів зміцнення систем охорони здоров'я у цій сфері є глибока інтеграція реабілітаційних послуг у загальну систему охорони здоров'я. Це передбачає чітке визначення відповідальних за управління реабілітацією.

У серпні 2020 року ВООЗ оцінила стан реабілітації в українській системі охорони здоров'я. На основі цього аналізу у 2021 році було опубліковано звіт «STARS», підготовлений у співпраці між Міністерством охорони здоров'я України і Європейським регіональним бюро ВООЗ [31]. У звіті викладено основні здобутки, проблеми та можливості розвитку реабілітації в Україні, а також на підставі проведеного аналізу сформульовано загальні рекомендації для подолання виявлених викликів.

Зокрема, було рекомендовано:

У сфері управління реабілітаційною допомогою: забезпечити інтеграцію управління та координації процесів реабілітації; удосконалити законодавчо-нормативну базу реабілітаційної допомоги; уточнити термінологію у сфері реабілітації; посилити систему постачання та надання допоміжних засобів реабілітації.

У сфері фінансування реабілітаційної допомоги: розробити справедливі і ефективні механізми фінансування та розширити доступ до реабілітаційних послуг; оновити пакети реабілітаційних послуг НСЗУ для усунення обмежень, які виникли після первинного впровадження.

У сфері інформаційного забезпечення надання реабілітаційної допомоги: забезпечити збір стандартизованих національних даних про обмеження функціонування населення (для визначення потреби у реабілітаційній допомозі); розширити платформу eHealth для інтеграції основної інформації, яка стосується реабілітації.

Також експерти ВООЗ рекомендували: зміцнити кадровий потенціал системи реабілітації; забезпечити своєчасні реабілітаційні заходи на всіх рівнях надання медичної допомоги.

Аналіз численних зарубіжних публікацій дозволив визначити загальні особливості організації реабілітаційної допомоги за кордоном:

Основними організаційними формами надання реабілітаційної допомоги є: стаціонарні заклади, до яких відносяться клініки реабілітації, реабілітаційні центри (які можуть бути як спеціалізованими, так і забезпечувати комплексну реабілітацію, стаціонарні реабілітаційні відділення; амбулаторні заклади: денні клініки, реабілітаційні консультації, амбулаторні центри реабілітації, амбулаторні реабілітаційні відділення, профілакторії для хворих на хронічні захворювання та осіб з інвалідністю, які не потребують безперервного цілодобового спостереження, санаторно-курортні організації; інститути та кафедри реабілітації – розвивають і пропагують ідеї реабілітації.

Іншими формами організації реабілітаційної допомоги можуть бути «станції відновного лікування» при амбулаторних чи стаціонарних закладах, реабілітаційні групи, виїзні реабілітаційні бригади, які надають реабілітаційну допомогу вдома, санаторно-курортні заклади[32].

Розглядаючи кадровий склад фахівців, які здійснюють реабілітацію, можна відзначити, що за кордоном великого поширення набули спеціалізовані мультидисциплінарні команди (rehabilitation teams) [21, 24]. В склад таких команд входять: лікар відповідного профілю (наприклад, невролог, кардіолог), лікар-реабілітолог, фізіотерапевт, спеціаліст із лікувальної фізкультури, ерготерапевт, професійний терапевт, логопед, психолог, спеціальний педагог, соціальний працівник, фахівець з комунікацій, протезист, дієтолог, юрист, медична сестра та сестра-менеджер [28, 29].

За визначенням ВООЗ, реабілітацію проводять медичні бригади за допомогою комплексу втручань, спрямованих на оптимізацію функціонування та зменшення інвалідності у осіб із захворюваннями за принципами якості,

доступності та ефективності. Це визначення є ключовим та відповідає біопсихосоціальній моделі охорони здоров'я [31].

Соціальні працівники оцінюють обсяг функціональних порушень пацієнта і визначають потребу в спеціальних пристосуваннях або видах допомоги для забезпечення належних умов у домашньому та сімейному середовищі кожного хворого.

Склад команди реабілітаційних фахівців варіює у залежності від потужності закладу. У де яких закладах, зазвичай, задіяні базові спеціалісти, такі як лікар-реабітолог і фізичний терапевт. У потужних реабілітаційних закладах створюються команди, які включають усіх необхідних фахівців для здійснення комплексної реабілітації пацієнтів.

Реабілітаційні послуги включають: оцінювання та планування реабілітаційного процесу, яке передбачає розробку індивідуального плану реабілітації; моніторинг і оцінку ефективності реалізації індивідуального маршруту реабілітації; консультації лікарів-спеціалістів; арт-терапію, творчу терапію та медсестринський догляд.

1.2. Сучасний стан системи реабілітаційної допомоги.

Організація системи реабілітації в Україні ґрунтується на принципах етапності, безперервності, мультидисциплінарності та орієнтації на пацієнта. Відповідно до рекомендацій ВООЗ, ефективна реабілітаційна модель включає медичний, психологічний, педагогічний, професійний і соціальний компоненти, які мають бути інтегровані у єдиний алгоритм допомоги. В Україні відбувається поступова інтеграція реабілітаційної допомоги у систему госпітальних округів та кластерних лікарень, що дозволяє оптимізувати маршрути пацієнтів і підвищити якість медичних послуг.

Основними принципами державної політики щодо реабілітації у сфері охорони здоров'я є прозорість, ефективний розподіл повноважень та відповідальності між органами державної влади, якість та доступність реабілітаційної та психологічної допомоги, інклюзивність, сприяння поверненню людини до ведення самостійного способу життя. Реабілітаційна стратегія охорони здоров'я є окремою стратегією охорони здоров'я, головною метою якої є досягнення оптимального рівня функціонування особи у взаємодії з її навколишнім середовищем, соціальної інтеграції та незалежності, для чого використовуються інтегровані підходи до оптимізації участі, розбудови та зміцнення ресурсів особи, забезпечення сприятливості навколишнього середовища та залучення особи до взаємодії з її навколишнім середовищем [38].

Система реабілітаційної допомоги в Україні розвивалася поступово, оскільки тривалий час існувала модель медико-соціальної реабілітації лише осіб з особливими потребами, кількість яких практично становила до 5 % від загальної кількості населення, що не вимагало активних змін й існуючій системі реабілітації і покладалася переважно не на державу, а на найближче оточення людей з особливими потребами. Також не було необхідного державного запиту на спеціалістів-реабітологів. В умовах демократизації в Україні одним з актуальних питань в охороні здоров'я став розвиток реабілітації за протоколами і стандартами європейських країн [45].

Попит на реабілітаційні послуги зростає також внаслідок демографічних змін. З моменту свого створення реабілітації, одна з 4 стратегій охорони здоров'я, визначених у Алма-Атинській декларації 1978 року, мала на меті забезпечення функціонування як кінцевий результат, оскільки демографічні та епідеміологічні тенденції свідчать, що ключовими показниками здоров'я населення будуть не лише смертність та захворюваність, але й оптимізація функціонування, включаючи, зокрема, розширення та посилення реабілітаційних послуг. Це є підставою вважати, що реабілітація стане

ключовою стратегією охорони здоров'я XXI століття [46]. Експерти ВООЗ закликають до всеосяжного використання реабілітаційних послуг як структурного елементу охорони здоров'я XXI століття [73]. Оскільки реабілітаційна допомога має надаватися протягом усього континууму медичної допомоги, була розроблена спеціальна фазова модель. Ці фази залежать від функціональних потреб пацієнтів, а також від часових аспектів стану здоров'я: розлад може бути вродженим або набутим, мати гострий початок або прогресуючий чи хронічний перебіг. Описано такі фази: абілітація, преабілітація, фізична та реабілітаційна допомога у гострих або довгострокових станах. Отже, реабілітаційні послуги повинні бути стратифіковані та організовані, щоб забезпечити найкращий догляд, адаптований до потреб та цілей окремої людини, протягом усього періоду догляду. Надання адекватних послуг вимагає належного планування, нарощування потенціалу та розподілу ресурсів. Необхідні ресурси є людськими (зі складними багатoproфільними командами), технічними (діагностичне та терапевтичне обладнання, обладнання для проведення додаткових діагностичних заходів, реабілітаційні технології та допоміжні пристрої) та фінансовими. Розподіл зазвичай обмежених ресурсів вимагають обґрунтованого підходу та чітких критеріїв, а також відповідної компетенції реабілітологів [47].

Кластерні лікарні є частиною нової спроможної мережі, що також включає надкластерні та загальні лікарні. Реформа покликана раціонально розподілити ресурси між закладами та забезпечити пацієнтам доступ до якісної медичної допомоги. Наразі реформа впроваджується у 19 областях та місті Києві. Вона не діє в областях, де ведуться активні бойові дії.

Формування сучасної системи реабілітаційної допомоги в Україні відбувається на тлі реформування системи охорони здоров'я у цілому.

В Україні відбувається поступова інтеграція реабілітаційної допомоги у систему госпітальних округів/кластерних лікарень, що дозволяє оптимізувати

маршрути пацієнтів, забезпечити наступність етапів реабілітації та підвищити якість медичних послуг. Ключову роль у цьому процесі відіграє кадрове забезпечення - формування МДК, до складу яких входять лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, фізичні терапевти, ерготерапевти, психологи, логопеди, соціальні працівники, а також фахівці з громадського здоров'я.

В умовах воєнного стану значно зросла потреба у спеціалізованій медичній та стоматологічній реабілітації осіб із бойовими травмами, ампутаціями, черепно-щелепними пошкодженнями, поєднаними психоемоційними розладами. Це вимагає створення реабілітаційних центрів при опорних кластерних лікарнях, здатних забезпечити комплексний підхід до лікування, відновлення функцій та соціальної адаптації пацієнтів.

Сучасна організація реабілітаційної допомоги має базуватись на медико-соціальній моделі, де пріоритетним є не лише усунення клінічних проявів хвороби, а й відновлення життєвої активності, самостійності та участі людини в суспільному житті. Для цього необхідно запровадити: стандартизовані протоколи реабілітаційної допомоги, узгоджені з Міжнародною класифікацією функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ); індикатори ефективності реабілітаційних програм на рівні кластерів; медико-соціальний моніторинг результатів реабілітації; освітні програми безперервного професійного розвитку для медичних і немедичних фахівців, залучених до процесу реабілітації.

Реалізація сучасної реабілітаційної політики в Україні неможлива без цифровізації: створення електронних реєстрів пацієнтів, систем дистанційної реабілітації (телереабілітації), інтеграції медичних і соціальних баз даних. Цифровізація дозволить забезпечити ефективний контроль якості, прозорість фінансування та аналітичне планування потреб населення у реабілітаційних послугах.

Важливим стратегічним напрямом є розвиток партнерства між державними та недержавними структурами, включно з громадськими

організаціями, волонтерськими спільнотами та міжнародними фондами, які активно долучаються до забезпечення доступу постраждалих осіб до реабілітації.

Професор Слабкий Г. О. пропонує концептуальні підходи до забезпечення населення територіальних громад послугами з фізичної реабілітації в рамках системи громадського здоров'я у вигляді кластерної моделі. В основі методології, відповідно до якої створюються кластери, лежить розуміння, що всі вони за своєю суттю націлені на те, аби здобути кінцеву мету: забезпечити населенню громади високий рівень здоров'я, відновивши його людям з інвалідністю й застосувавши вторинну профілактику стосовно людей, які мають хронічні хвороби. Зміст чотирьох головних кластерів, які рекомендовані, аби організувати фізичну реабілітацію, полягають у тому, щоб: сформувати ресурсну базу, забезпечити фінансами, а також кадрами та сприяти, аби в громадян формувалася мотивація берегти та зміцнювати особисте здоров'я, приміром, щоб фізична реабілітація викликала в них прихильність. Якщо запропонована модель в територіальних громадах запрацює, стане можливим створення підґрунтя з широко доступною для жителів системою, яка пропонує реабілітаційні послуги та відновне лікування [47].

Кластерні лікарні стають базовими осередками для впровадження комплексних реабілітаційних послуг на регіональному рівні, що відповідає принципам децентралізації та наближення медичної допомоги до населення.

Реабілітаційні підрозділи при кластерних лікарнях забезпечують наступність етапів відновлення, починаючи від гострого періоду лікування до соціальної та професійної реінтеграції. У структурі госпітальних кластерів функціонують спеціалізовані відділення - фізичної та реабілітаційної медицини, психологічної підтримки, ортопедо-травматологічні, стоматологічно-реабілітаційні тощо.

Важливою умовою ефективності є інтеграція реабілітаційної допомоги з системою громадського здоров'я, що дозволяє здійснювати моніторинг стану здоров'я населення, визначати потреби у реабілітації та прогнозувати навантаження на систему охорони здоров'я.

Кластерні лікарні також відіграють ключову роль у підготовці кадрів, проведенні навчальних тренінгів, апробації інноваційних методів лікування та відновлення. Завдяки чому формується єдина національна мережа закладів, що забезпечує рівний доступ громадян до високоякісних послуг незалежно від місця проживання.

Аналіз стану кадрового та освітнього забезпечення сфери реабілітаційної допомоги виконаний у ряді наукових досліджень також засвідчив, що кадрове та освітнє забезпечення медичної реабілітації поступово наближається до міжнародних стандартів, як у сфері лікарських спеціальностей, так і у підготовці фахівців із фізичної терапії та ерготерапії. Проте ЗОЗ на сьогодні ще не повністю укомплектовані необхідними спеціалістами, що обмежує можливість надання реабілітаційних послуг у повному обсязі [53].

Для подолання даного виклику в Україні розпочато експериментальний проєкт із підготовки фахівців з реабілітації в галузі охорони здоров'я за дуальною формою навчання. Основні завдання проєкту включають підготовку висококваліфікованих медичних працівників, вдосконалення освітніх програм у вищих навчальних закладах, збільшення обсягу практичної підготовки майбутніх спеціалістів, більш активне залучення ЗОЗ до цього процесу, а також розширення штату фахівців у реабілітаційних відділеннях [54].

До участі у проєкті можуть долучитися ЗОЗ, які входять до складу спроможної мережі; уклали договори з НСЗУ за пакетом, що передбачає реабілітаційну допомогу дорослим і дітям у стаціонарних умовах; дотримуються реабілітаційної спроможності при наданні послуг згідно з

медичними договорами; уклали угоди з іншими учасниками проєкту, такими як заклад вищої освіти.

На основі покращення кадрового забезпечення системи реабілітаційної допомоги очікується зменшення показників летальності та ускладнень основного захворювання, опіків, травми; зменшення інвалідності та покращення якості життя пацієнтів, підвищення задоволеності суспільства системою надання реабілітаційної допомоги. Крім того, на сьогодні МОЗ України впроваджує флагманський проєкт «Розвиток системи реабілітаційної допомоги» в межах стратегії безбар'єрності [55].

У країні діє сім центрів досконалості: у Києві, Дніпрі, Івано-Франківську, Вінниці, Тернополі, Ужгороді. Сучасні доказові методи реабілітації, мультидисциплінарний підхід і орієнтація на пацієнта - ключові принципи діяльності цих центрів. Основною метою їхньої роботи є підвищення кваліфікації спеціалістів у сфері реабілітації, а також навчання МДК. Крім того, вони займаються впровадженням сучасних доказових методів надання реабілітаційної допомоги. Вже із жовтня 2023 року, завдяки співпраці з ВООЗ, благодійними фондами та міжнародними партнерами, ці центри провели понад 50 освітніх заходів для спеціалістів із різних реабілітаційних установ. Фахівці українських центрів досконалості проходили стажування в провідних медичних закладах Норвегії, Латвії, Німеччини, США, Данії, Японії, Словенії та Естонії. Це дозволило налагодити обмін досвідом і зміцнити міжнародну співпрацю.

Ще одним із ключових аспектів розвитку системи реабілітаційної допомоги в Україні є впровадження цифровізації процесу реабілітації в електронній системі охорони здоров'я (ЕСОЗ), заснованій на принципах Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ).

Інтеграція реабілітаційних послуг в ЕСОЗ спрощує документообіг та покращує моніторинг за станом пацієнтів. Нині понад 90% медичних закладів уже працюють в ЕСОЗ.

Електронний формат забезпечує швидкий доступ до інформації та оперативний обмін даними між усіма членами МДК. Синхронізація роботи команди через доступ та внесення даних в ЕСОЗ дає змогу комплексно контролювати ефективність реабілітаційного процесу і, за потреби, своєчасно коригувати реабілітаційний план.

Формується єдиний медичний інформаційний простір із забезпеченням інтеграції та зв'язку з іншими пов'язаними сферами. Зростає прозорість і публічний доступ до даних щодо реабілітаційних послуг. Покращується якість, безпечність та доступність медичних і реабілітаційних послуг [57, 58].

Використання цифрових рішень також охоплює управління запасами ліків через платформу e-Stock. Запущено три модулі, які дозволяють контролювати потреби й доступність лікарських засобів. Одним із важливих результатів стала можливість отримання безоплатних послуг з ендопротезування, слухопротезування та швидкий виклик екстрених служб через месенджери для пацієнтів із вадами слуху.

Цифровізація, оновлення освітніх програм для фахівців із реабілітації, а також модернізація медичних закладів сприятимуть підвищенню якості реабілітаційних послуг в Україні

Одним із напрямів удосконалення організації надання реабілітаційної допомоги та підвищення її доступності є розвиток телемедицини. В Україні вже створено нормативно правову базу для її реалізації [57, 58, 59, 60].

Телереабілітація є складовою телемедицини та забезпечує якісне складання плану реабілітації, надання реабілітаційної допомоги фахівцями з реабілітації шляхом телеконсультування разом з обстеженням, телереабілітаційних зборів МДК, телеметрії, контролю, телеконсультування (телевідеоконсультування), дистанційної супервізії та в інших формах, що не

суперечать законодавству, за допомогою інформаційно-комунікаційних технологій [61].

На сьогодні успішно використовуються синхронні, сенсорні, інтерактивні (тобто роботизовані), а також біотелеметричні, мобільні та веб-інтегровані телереабілітаційні системи.

Найчастіше телереабілітація застосовується у нейропсихології, ортопедії та неврології, легеневій реабілітації, а також за наявності розладів мовлення.

Результати наукових досліджень засвідчують, що телереабілітація є клінічно та економічно ефективною, надає пацієнтам із віддалених районів доступ до реабілітаційних послуг та забезпечує дотримання реабілітаційних програм. Дослідження також доводять, що використання віртуальної реальності, відеоігор та мобільних додатків як доповнення до традиційних методів реабілітації має значний потенціал[58, 60, 61].

1.3. Нормативно-правове забезпечення реабілітації в Україні.

Надані рекомендації ВООЗ були в значній мірі враховані при розбудові сучасної системи реабілітації в Україні. Зокрема, важливим етапом у розвитку реабілітаційної допомоги в Україні стало ухвалення Закону України «Про реабілітацію в охороні здоров'я», який разом із підзаконними актами та наказами МОЗ України створили нормативно-правову базу для формування сучасної системи реабілітаційної допомоги, яка ґрунтується на принципах доказової медицини, мультидисциплінарного підходу, орієнтованості на пацієнта, біопсихосоціальній моделі, а також застосуванні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я.

У статті 20 цього Закону замість формулювання «медична реабілітація» запроваджено поняття «реабілітація у сфері охорони здоров'я», яке тлумачиться у відповідності до підходів ВООЗ як «комплекс заходів, що

здійснюють фахівці з реабілітації, які працюють в реабілітаційних закладах [62].

Реабілітаційна допомога (Стаття 5) має надаватись на принципах: пацієнтоцентричності, цілеспрямованості, своєчасності, послідовності, безперервності та функціональної спрямованості, а система реабілітації базуватись (Стаття 8) на біопсихосоціальній моделі обмеження повсякденного функціонування/життєдіяльності [62].

Фахівцями з реабілітації (Стаття 10) є: лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, фізичні терапевти, ерготерапевти, терапевти мови і мовлення, протезисти-ортезисти, психологи, психотерапевти, сестри медичні з реабілітації, асистенти фізичних терапевтів та ерготерапевтів, які можуть здійснювати реабілітацію у складі МДК або надавати реабілітаційну допомогу самостійно, керуючись цілями, визначеними в індивідуальному реабілітаційному плані [62].

Стаття 11 представляє широкий спектр реабілітаційних закладів, відділень та підрозділів, які можуть здійснювати реабілітацію у сфері охорони здоров'я [62].

В законодавчому полі України питання реабілітації та надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я регламентуються наступними Законами України (ЗУ).

ЗУ «Про реабілітацію осіб з інвалідністю», який регламентує надання реабілітаційної допомоги особам з інвалідністю (дітям (особам віком до 18 років) з інвалідністю) «...особа зі стійким розладом функцій організму, що при взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження її життєдіяльності, внаслідок чого держава зобов'язана створити умови для реалізації нею прав нарівні з іншими громадянами та забезпечити її соціальний захист». Не зважаючи на те, що Закон прийнятий у 2005 році (через 4 роки після того, як ВООЗ оприлюднило МКФ - у 2001 році) [15, 67], Закон ґрунтується на принципах Міжнародної класифікації порушень, обмежень

життєдіяльності та соціальної недостатності [65], яка була класифікацією-попередником МКФ, що ґрунтувалась на «наслідках захворювань», та не була рекомендована ВООЗ до широкого використання. Закон формує законодавче підґрунтя для визначення груп інвалідності відповідно до порушень здатності до пересування, самообслуговування, орієнтації, спілкування, контролю за поведінкою, навчання та праці. Відповідно до Закону виділено вісім видів реабілітації (медична реабілітація, психолого-педагогічна реабілітація, фізична реабілітація, професійна реабілітація, трудова реабілітація, фізкультурно-спортивна реабілітація, соціальна реабілітація), які надаються особі з інвалідністю відповідно до індивідуальної програми реабілітації (офіційний документ, який заповнюється МСЕК після проведення огляду особи та визначення однієї груп інвалідності).

З 2017 року відповідно до змін, внесених ЗУ «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» з'явилась стаття 35-5 «Медична реабілітація». Відповідно до цієї статті: «...*Медична реабілітація* - вид медичної допомоги, що надається пацієнтам в амбулаторних або стаціонарних умовах і включає систему медичних та інших заходів, спрямованих на відновлення порушених чи втрачених функцій організму особи, на виявлення та активізацію компенсаторних можливостей організму з метою створення умов для повернення особи до нормальної життєдіяльності, на профілактику ускладнень та рецидивів захворювання. Медична реабілітація призначається пацієнтам: після закінчення гострого періоду захворювання в разі наявності обмежень життєдіяльності; з уродженими та спадковими патологічними станами, набутими порушеннями опорно-рухового та мовного апарату, вадами зору та слуху; у разі встановлення стійкої непрацездатності (інвалідності)...» [68]. Якщо зануритись до деталей кадрового забезпечення «медичної допомоги» в цьому Законі (стаття 3), то ми побачимо, що вона є діяльністю «...професійна підготовка медичних працівників, спрямована на

профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами...». Ця діяльність здійснюється відповідно до ліцензії щодо провадження господарської діяльності з медичної практики, яка провадиться «...за лікарськими спеціальностями та спеціальностями молодших спеціалістів з медичною освітою...» [69].

Початок війни на сході України, що триває з 2014 року, та велика кількість поранених як з боку військових, так і цивільного населення, швидко виявила повну неспроможність існуючої системи «медичної реабілітації» надавати ефективну реабілітаційну допомогу пораненим, що спричинило необхідність пошуку можливостей надання реабілітаційної допомоги постраждалим за межами України. Зусиллями активної частини громадянського суспільства було ініційовано питання необхідності розбудови сучасної реабілітаційної допомоги, насамперед створення неіснуючих до тоді в Україні сучасних реабілітаційних професій, а саме лікарів фізичної та реабілітаційної медицини, фізичних терапевтів та ерготерапевтів, що знайшло відклик в Указі Президента України від 03 грудня 2015 року «Про активізацію роботи щодо забезпечення прав людей з інвалідністю» [83].

Впродовж 2016-2023 років в нормативному полі України відбулись зміни, які насамперед стосувались введення нових реабілітаційних професій та формування нормативного підґрунтя для впровадження МКФ:

- введено професійні назви робіт «Лікар фізичної та реабілітаційної медицини» (лікар ФРМ), «Фізичний терапевт» та «Ерготерапевт» до Національного класифікатора України «Класифікатор професій ДК 003 2010» [75, 80], професійних назв робіт «Асистент фізичного терапевта» та «Асистент ерготерапевта» [70, 75];

- введення освітньої спеціальності «227 Фізична терапія, ерготерапія» вгалузь знань «22 Охорона здоров'я» [80, 82];

- план заходів із впровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків (МКФ-ДП) [84, 85];
- затвердження спеціалізацій «227.01 Фізична терапія» та «227.02 Ерготерапія» [90] в «Переліку спеціалізацій підготовки здобувачів вищої освіти ступеня магістра за спеціальністю «227 Фізична терапія, ерготерапія»» [91];
- затвердження Кваліфікаційних характеристик для повного складу фахівців з реабілітації, зокрема «лікар фізичної та реабілітаційної медицини», «фізичний терапевт», «ерготерапевт», «асистент фізичного терапевта», «асистент ерготерапевта» [92, 93];
- внесення лікаря фізичної та реабілітаційної медицини до Номенклатури лікарських спеціальностей [94, 95];
- створення в закладах охорони здоров'я лікарської посади «Лікар фізичної та реабілітаційної медицини», посад «Фізичний терапевт», «Ерготерапевт», «Асистент фізичного терапевта», «Асистент ерготерапевта» [94, 95];
- затвердження вторинної спеціалізації з фізичної та реабілітаційної медицини для проведення перенавчання існуючих лікарів у лікарів фізичної та реабілітаційної медицини та зупинка спеціалізації нових лікарів фізіотерапевтів, лікарів лікувальної фізкультури, лікарів лікувальної фізкультури та спортивної медицини [97];
- розробка та затвердження Стандарту вищої освіти України: перший (бакалаврський) рівень, галузь знань «22 Охорона здоров'я», спеціальність «227 Фізична терапія, ерготерапія» [100, 101];
- отримання першої ліцензії на провадження медичної послуги з фізичної та реабілітаційної медицини в Україні [102];

- затвердження первинної спеціалізації (інтернатури) з фізичної та реабілітаційної медицини для первинної підготовки лікарів фізичної та реабілітаційної медицини (зміни до Наказу МОЗ України від 13.12.2018 № 3.381) [10].

У відповідності з нормативними документами ВООЗ, Європейськими органами з ФРМ та законодавчими актами в Україні розроблено концептуально-понятійну структуру галузі реабілітації у сфері охорони здоров'я та запроваджено цілу низку законодавчих та нормативних актів, спрямованих на розбудову системи реабілітації в Україні на сучасних засадах:

Введення нових професій: «терапевт мови та мовлення» - Міністерство економіки України затвердило Зміну № 10 до національного класифікатора ДК 003:2010 наказом № 810/21 від 25.10.2022р. [103].

Постанова КМУ від 03.11.2021р. №1268 «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я» визначає:

- 1.Порядок організації надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я;
2. Типове положення про реабілітаційне відділення, підрозділ;
3. Типове положення про МДК.

Постанова визначає завдання, зміст і встановлює вимоги до організації надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я особам, які потребують реабілітації [104].

Наказ Міністерства економіки України № 810-22 від 09 квітня 2022р., Затвердив національний класифікатор НК 030:2022 «Класифікатор функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я» [66].

Наказом Мінекономіки України від 29.12.2022 № 5573 «Про затвердження зміни №11 до Національного класифікатора ДК 003:2010» до розділів «Професіонали» та «Фахівці» додано:

- до групи 2445.2 «Психологи»: клінічний психолог та психотерапевт;

- до групи 3231 «Медичні сестри, що асистують професіоналам»: сестра медична(брат медичний) з реабілітації [103].

Наказ МОЗ України від 16.11.2022 №2083 «Про затвердження Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах» [105] затвердив: Порядок організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах, з такими надважливими для практикуючих лікарів додатками, як : Реабілітаційний маршрут при травмах спинного мозку; Інструменти функціонального оцінювання, необхідні для прийняття рішення щодо направлення пацієнта на наступний етап реабілітаційної допомоги; Інформування про факт переведення особи, яка потребує реабілітації з пролежнями та/або з застійною пневмонією; Форма рішення щодо направлення особи, яка потребує реабілітації при травмах спинного мозку на етапі післягострого реабілітаційного періоду.

Постанова КМУ від 16.12 2022 р. № 1462 «Деякі питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я» визначає:

Державний типовий план реабілітації осіб з обмеженнями повсякденного функціонування; Порядок забезпечення осіб з обмеженнями повсякденного функціонування медичними виробами, у тому числі допоміжними засобами реабілітації; Положення про індивідуальний реабілітаційний план, порядок його фінансування та реалізації [106].

Вже 5-й рік Постановами КМУ передбачається фінансування сфери реабілітації через програму державних гарантій медичного обслуговування населення. Так, Постанова КМУ від 24 грудня 2024 р. № 1503 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році», визначає фінансування державою реабілітаційної системи через пакети з реабілітації:

- медична реабілітація немовлят, які народились передчасно та/або хворими, упродовж перших трьох років життя;

- реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах, де передбачається реабілітація поранених та постраждалих під час війни осіб;
- реабілітаційна допомога дорослим і дітям у амбулаторних умовах у цій допомозі передбачена реабілітація поранених та постраждалих під час війни осіб. [107].

Постанова КМУ від 28 лютого 2023р. № 174 « Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я». Забезпечення надання повноцінної реабілітаційної допомоги громадянам з першого дня звернення - запроваджує обов'язкове відкриття реабілітаційних відділень у кластерних та надкластерних закладах охорони здоров'я [108].

Постанова КМУ від 29.09.2023р. № 1036 Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 14 липня 2021р. № 725, пункт 4: Працівники сфери охорони здоров'я зобов'язані здійснювати безперервний професійний розвиток після отримання документу про вищу освіту за спеціальностями 227 «Терапія та реабілітація». Цією постановою фізичні терапевти, ерготерапевти, терапевти мови та мовлення, ортезисти –протезисти долучаються до системи БПР [109].

Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 10 жовтня 2023р. № 1769 Зміни до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я», п. 26 «Ерготерапевт», п. 27 «Фізичний терапевт», п. 28 «Терапевт мови та мовлення», п. 55 «Асистент ерготерапевта», п. 56 «Асистент фізичного терапевта – саме дозволяє здійснення БПР вказаним фахівцям [110].

Постановою КМУ № 1285 від 01.12.2023 передбачається введення соціального працівника до складу МДК [16].

На нормативному рівні вирішено функціонування кабінетів асистивних технологій, Наказ МОЗ України № 1338 від 21.07.2023 «Про затвердження Порядку функціонування кабінетів асистивних технологій» [78].

Постановою КМУ № 1306 від 07.12.2023 року «Деякі питання забезпечення допоміжними засобами реабілітації» затверджено Порядок забезпечення допоміжними засобами реабілітації (технічними та іншими засобами реабілітації) осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані такі засоби [18].

Надзвичайно актуальними у сьогоденні є законодавчі та нормативні акти, які стосуються реалізації сучасного функціонування сфери протезування-ортезування в Україні: запровадження у національному Класифікаторі професій, Професійного стандарту «Протезист-ортезист» (наказ №0009-б/ф від 05 жовтня 2023 року); розробка та реалізація початку навчання протезистів - ортезистів за освітньо-професійною програмою «протезування-ортезування», другого (магістерського) рівня вищої освіти, Галузь знань 22 Охорона здоров'я, Спеціальність: 224 «Технології медичної діагностики та лікування», Спеціалізація: 224.02 «Протезування-ортезування»; Кваліфікація освітня: Магістр технологій медичної діагностики та лікування; Кваліфікація професійна: протезист-ортезист [74, 81].

Наказом МОЗ України № 788 від 06.05.2024р. «Про внесення змін до деяких нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України» у Додаток до Положення про інтернатуру, у Переліку спеціальностей та тривалість підготовки в інтернатурі. У рядку 18 графи 4 - «фізична та реабілітаційна медицина» - 2 роки, доповнити « 3 роки- для осіб, які вступають в інтернатуру з 2024 року» - відновлено тривалість інтернатури лікарів-інтернів ФРМ 3 роки [19]. Це важливий крок до забезпечення можливості лікарів фізичної та реабілітаційної медицина підвищувати свій професійний рівень шляхом складання кваліфікаційного іспиту у Європейському Борді ФРМ та отримати акредитаційний сертифікат лікаря FEBPRM. Станом на тепер, в Україні вже є одинадцять таких фахівців, а це дає, у свою чергу,

можливість акредитувати реабілітаційні програми та реабілітаційні центри закладів охорони здоров'я України Європейськими інституціями ФРМ.

1.4 Соціально-економічні аспекти та регіональні особливості реабілітаційної допомоги.

За оцінками ВООЗ, реабілітація є «високорентабельною стратегією охорони здоров'я»: повернення інвестицій забезпечується через скорочення тривалості інвалідності, підвищення самостійності і зменшення потреби у довготривалому догляді [1, 2]. Українські огляди вказують, що кадровий дефіцит у ФРМ, фізичній та ерготерапії має мультиплікативний ефект: нижча щільність фахівців → менший обсяг контрактованих послуг → довші черги → більш виражені стійкі порушення та вищі соціальні видатки [111, 112, 113].

Соціальна робота відіграє життєве важливу роль у міжпрофесійній команді реабілітологів і пояснює особливе значення, якого набуває підготовка фахівців реабілітаційної справи, оскільки постраждалим можуть знадобитися реабілітаційні послуги від різних медичних працівників, включаючи медичних сестер, дієтологів, психологів, логопедів, ерготерапевтів, фізіотерапевтів та інших [111, 112, 114]. Ефективна система підготовки кадрів для сфери реабілітації є необхідною умовою підвищення якості реабілітаційних послуг в Україні. Покращення освітніх програм, адаптація міжнародного досвіду та розвиток партнерських відносин між навчальними закладами та медичними установами сприятимуть підвищенню рівня професійної підготовки фахівців. Крім того, важливою складовою є забезпечення умов для її безперервного професійного розвитку. Усі ці заходи сприятимуть формуванню висококваліфікованих спеціалістів, здатних ефективно працювати в умовах сучасної системи охорони здоров'я [116].

Введення посади соціального працівника до МДК. Відмічено, що затяжний часовий лаг цього процесу та його інертність звужують можливості

комплексного відновлення осіб з врахуванням ресурсу соціальної реабілітації [117]. Інтеграція соціальних працівників до таких команд останнім часом пов'язують з ініціативами Програми розвитку ООН в Україні. У 2023 році в межах проєкту «Підтримка реабілітації людей з інвалідністю, спричиненою війною», модель такої роботи була апробована у медичних закладах різних областей України. Існує потреба уніфікованого вживання поняття «соціальна реабілітація» задля забезпечення функціональності й уникнення дисбалансу між різними видами реабілітації. Наразі формула «фахівці з реабілітації + соціальний працівник» маркує соціальну реабілітацію як додаткову підсистему, а не рівноцінну складову загальної системи реабілітації [117].

Економічна ефективність визначатиметься за рахунок покращення результатів життєдіяльності та активності пацієнтів, зниження рівня інвалідизації, покращення соціальної адаптації пацієнтів. Реабілітація-економічно ефективна послуга, яка може знадобитися будь-якій людині у якийсь момент її життя. Загальне медичне забезпечення та досягнення цілей сталого розвитку не можуть бути досягнуті без доступу до якісної реабілітації без фінансових труднощів.

В Україні послуги зі стаціонарної реабілітації в підгострому періоді отримали лише 5 727 (4,8 %) пацієнтів з інсультом у 2021 р. та лише 7 661 (6,2 %) пацієнт із інсультом у 2022 р.

Недоотримання або фрагментарність реабілітаційних послуг призводять до затяжної втрати функціональних можливостей, зростання частки осіб із обмеженнями життєдіяльності та зниження участі у ринку праці. За логікою «реабілітація як інвестиція» (WHO), своєчасні втручання скорочують період тимчасової непрацездатності, знижують ризик тривалої інвалідизації та - потреби в догляді, а отже - зменшують непрямі витрати роботодавця і держави [1, 2]. Українські дані, узагальнені в межах Програми медичних гарантій (ПМГ), демонструють, що наявність МДК і безперервних маршрутів пацієнта асоціюється зі зменшенням повторних госпіталізацій і швидшим

відновленням працездатності, особливо після травм і інсультів [111, 118]. Відсутність доступної реабілітації в гострому та підгострому періодах підвищує ризик стійких порушень (мовлення, жування, ходи, координації), що прямо відбивається на продуктивності праці й здатності до самозабезпечення [1, 80].

Економічний тягар включає прямі медичні витрати (госпіталізації, медикаменти, супутнє лікування ускладнень), непрямі витрати (втрата продуктивності, плинність кадрів, непрацездатність членів родини, які забезпечують догляд) і нематеріальні втрати (погіршення якості життя, QALY) [1, 114].

За даними НСЗУ (аналітичні панелі ПМГ), постачальники реабілітаційних послуг зосереджені переважно у великих агломераціях (м. Київ, Дніпропетровська, Львівська області), що створює «географічний градієнт» доступності: відносний дефіцит у сільських, прифронтових та віддалених громадах супроводжується довшим часом очікування і вищими непрямими витратами домогосподарств (транспорт, догляд, втрата заробітку) [111, 118, 122].

Специфіка бойових травм зумовлює необхідність ранньої реабілітації, оскільки глибина уражень та комбінований характер пошкоджень прямо впливають на прогноз відновлення та потребу у мультидисциплінарній взаємодії. Військові дії посилили асиметрію попиту/пропозиції: регіони з підвищеним тягарем бойових і комбінованих травм потребують більшої кількості кадрів і місць, але мають обмежену інфраструктурну та кадрову спроможність [76, 83]. Додатковим чинником є фрагментація маршрутів між рівнями допомоги (гострий стаціонар - постгостра реабілітація - амбулаторний етап), що підвищує ризик втрати пацієнта з «траєкторії відновлення» у регіонах із нестачею провайдерів [1, 117].

Області, що розвивають кластерні лікарні (наприклад, Дніпропетровська, Львівська) та впровадження реабілітаційних маршрутів із

залученням стоматологів, логопедів, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, психологів і лікарів ФРМ, демонструють коротший середній термін відновлення та вищу задоволеність пацієнтів [111, 117].

Впровадження уніфікованих протоколів обліку та електронних інструментів НСЗУ (електронний рецепт/направлення, e-data панелі ПМГ) покращує моніторинг результатів і перехід до оплати за якість (outcome-based), що стимулює ранню реабілітацію та міжсекторальну взаємодію [122].

Регіональні центри компетентностей у співпраці з університетами та професійними асоціаціями запускають програми підготовки/перепідготовки для членів МДК, що знижує кадровий дефіцит і підвищує якість втручань [114, 117].

Використання підходів «Rehabilitation 2030» - оцінка потреб, розвиток мережі послуг, включення реабілітації у фінансові механізми - корелює з кращими регіональними показниками доступу і меншими соціальними втратами [1, 2, 6].

Недостатня доступність реабілітації посилює економічний тягар інвалідизації та знижує сукупну продуктивність регіонів. Усунення диспропорцій потребує трьох взаємопов'язаних рішень: 1) кадрове посилення (щільність і мікс фахівців), 2) стандартизовані маршрути та цифровий облік результатів, 3) кластерні моделі з безперервністю послуг. Впровадження цих підходів відповідає рекомендаціям WHO і національним політикам ПМГ, забезпечуючи як медичний, так і соціально-економічний ефект [1, 2, 112, 114, 117, 122].

У сучасних умовах в Україні недостатня повноцінна соціальна складова медичного реабілітаційного процесу, що призводить до обмеженого доступу постраждалих та осіб до комплексних медико-соціальних реабілітаційних послуг. Наявний розрив між медичною та соціальною підтримкою зумовлює необхідність удосконалення ефективної міжвідомчої взаємодії між

установами ЗОЗ, соціального захисту та суміжних секторів для забезпечення безперервності та повноти реабілітаційного маршруту.

Сформовані міжнародні та національні підходи до реабілітації створюють методологічне підґрунтя для аналізу спеціалізованих напрямів, одним із яких є реабілітація військовослужбовців у контексті воєнних подій

1.5. Необхідність розробки функціонально-організаційної моделі реабілітації в умовах кластерних лікарень.

Необхідність розробки моделі зумовлена дисбалансами між наявними ресурсами, зростаючими потребами населення та відсутністю системної координації між різними рівнями надання реабілітаційної допомоги.

Системний аналіз сучасного стану реабілітаційної допомоги в Україні свідчить про наявність суттєвих організаційних, структурних та кадрових диспропорцій, які перешкоджають ефективному впровадженню реабілітаційних послуг на національному рівні. В умовах воєнних дій та різкого зростання потреби у відновлювальному лікуванні вимога до створення нових, більш ефективних моделей організації реабілітації є особливо актуальною [117-120].

Потреба у формуванні оновленої моделі реабілітації в умовах функціонування кластерних лікарень зумовлюється дією комплексу об'єктивних чинників:

1. Зростанням потреби в реабілітації у зв'язку з війною.

Кількість осіб з ампутаціями, травмами опорно-рухового апарату, ЧМТ, ПТСР та комбінованими ураженнями зросла в десятки разів. За оцінками міжнародних експертів, потреба у реабілітаційних послугах в Україні на сьогодні одна з найвищих у Європі [120, 123].

2. Необхідністю інтеграції військової та цивільної систем реабілітації.

Відсутність єдиних стандартів, протоколів та маршрутів ускладнює перехід пацієнтів між військовими та цивільними закладами. Створення єдиної кластерної моделі дозволить уніфікувати підходи та оптимізувати використання ресурсів [2].

2. Оптимізацією використання кадрів. Кадровий дефіцит, особливо лікарів фізичної та реабілітаційної медицини, ерготерапевтів, логопедів, фахівців з психосоціальної реабілітації [121] робить неможливим створення повноцінних МДК у кожному закладі.

Кластерна модель дозволяє формувати спільний кадровий пул, який обслуговує кілька установ, що є міжнародно визнаною практикою [124, 125].

1. Забезпеченням безперервності реабілітаційного процесу. ВООЗ наголошує, що реабілітація має починатися в гострому періоді, продовжуватися у підгострому і підтримуватися у довготривалій фазі [1]. Кластерна модель створює умови для логічного та безперервного маршруту.

2. Необхідністю стандартизації та контролю якості. Стандартизація процесів у межах кластерів дозволяє впроваджувати єдині протоколи, електронні маршрути пацієнтів та єдині критерії оцінки результатів [19]. Низький рівень цифровізації та аналітики, які ускладнюють планування і контроль якості реабілітаційної допомоги [2].

3. Фрагментованість мережі реабілітаційних установ та відсутність чіткої координації між рівнями надання допомоги, що суперечить принципам інтегрованої системи, рекомендованої WHO [1].

4. Регіональні диспропорції, які проявляються у нерівномірному розподілі ресурсів, відмінностях у доступі населення до реабілітаційних послуг і матеріально-технічного забезпечення [117, 127].

У низці наукових праць відзначається, що без створення інтегрованої моделі реабілітації на рівні госпітальних округів/кластерів неможливо забезпечити безперервність реабілітаційного процесу та ефективний перехід пацієнта між різними рівнями медичної допомоги [111, 118, 127].

Міжнародний досвід демонструє, що саме кластерні моделі, які об'єднують ресурси різних закладів та забезпечують мультидисциплінарний підхід, є найбільш ефективними в умовах обмежених ресурсів та високого навантаження на систему охорони здоров'я [1,124].

З урахуванням зазначених викликів та аналітичних висновків, подальше дослідження має вирішити такі завдання:

1. Розробити методику оцінки кадрового потенціалу реабілітаційних служб у межах госпітального кластера.
2. Проаналізувати структурно-організаційні характеристики реабілітаційних закладів регіону та визначити їхні сильні/слабкі сторони.
3. Оцінити якісний та кількісний склад кадрів, визначити дефіцитні напрями та резерви розвитку.
4. Вивчити мотиваційні чинники та професійні потреби фахівців на основі соціологічного опитування.
5. Сформувати медико-соціальну модель кадрового забезпечення реабілітаційної допомоги.

Розробити функціонально-організаційну модель реабілітації в умовах кластерних лікарень, яка відповідає: рекомендаціям WHO (Rehabilitation 2030), законодавству України, міжнародним підходам до інтегрованих систем.

У зв'язку із вираженим демографічним постарінням у країнах Заходу дуже розвинута система геріатричної реабілітації [128].

Широко впроваджується запропонована ВООЗ модель організації реабілітаційної допомоги у громадах «реабілітація на базі громади» («community-based-rehabilitation»), яка забезпечує взаємодію між пацієнтом та його сім'єю зі спеціалістами в галузі охорони здоров'я та соціальної допомоги.

У процесі реабілітації активно залучена громада та соціальне середовище, велика увага приділяється соціально-побутовій активності пацієнта та посиленню його особистої відповідальності за власне здоров'я.

Особливо актуальною ця модель є для реабілітації пацієнтів із хронічними захворюваннями та осіб літнього віку [128-133].

Оскільки реабілітаційна практика зосереджена на роботі в міждисциплінарних командах для оптимізації фізичних, психологічних та соціальних результатів для пацієнта, концептуальні моделі є надзвичайно важливими для забезпечення теоретичної основи для розвитку наукових знань та вдосконалення професійної практики.

Розгляд концептуальних моделей реабілітації є необхідною умовою для формування теоретико-методологічного підґрунтя дослідження, оскільки саме моделі задають структуру взаємозв'язків між клінічними, соціальними та функціональними компонентами реабілітаційного процесу.

У літературі було визначено шість концептуальних моделей реабілітації: біомедичну модель, соціальну модель, біопсихосоціальну модель (BPS), модель Міжнародної класифікації порушень, інвалідності та обмежень (ICIDH), модель реабілітації на рівні громади (CBR) та модель якості життя, пов'язаної зі здоров'ям (HRQoL). Концепції, на яких побудовані ці моделі, були пов'язані з доменами Міжнародної класифікації функціонування, інвалідності та здоров'я (ICF). Обговорюються сильні та обмежені сторони кожної моделі. Більшість концепцій із шести моделей можна пов'язати з моделлю ICF.

Застосовуючи концептуальні моделі, реабілітаційні терапевти можуть додати додаткову перспективу до міждисциплінарних команд, які використовують модель ICF. Коли взаємозв'язки є дуже складними, як у процесах реабілітації, складно розробити моделі, які застосовуються в різних контекстах. Водночас між змінними реабілітаційного процесу можуть встановлюватися стійкі взаємозв'язки, що піддаються науковому спостереженню та аналітичному узагальненню.

Узагальнення зазначених моделей свідчить про перехід сучасної реабілітаційної теорії від вузько орієнтованих медичних підходів до інтегративних схем, що поєднують біологічні, психологічні та соціальні

детермінанти функціонування. Це створює основу для подальшого аналізу організаційних викликів та забезпечення реабілітаційної системи кадровими ресурсами.

Висновки до розділу 1.

1. Міжнародний досвід підтверджує, що ефективна система реабілітації формується за умови інтеграції послуг на всіх рівнях охорони здоров'я, розвитку МДК і впровадження біопсихосоціальної моделі відповідно до підходів ВООЗ. Зростання потреби у реабілітації через старіння населення, поширення неінфекційних захворювань та збільшення частки осіб з інвалідністю зумовлює необхідність стратегічного планування, нормативного врегулювання та розвитку кадрового потенціалу. Міжнародна практика допомагає створювати доказову базу для реформування реабілітаційної системи України та підкреслює важливість комплексного й науково обґрунтованого підходу до її модернізації.

2. Сучасна система реабілітаційної допомоги в Україні перебуває на етапі глибокої трансформації, що передбачає перехід до біопсихосоціальної моделі, інтеграцію реабілітації у всі рівні медичної допомоги та розвиток кластерної мережі відповідно до стандартів ВООЗ. Ключовими змінами є формування МДК, модернізація кадрової та освітньої політики, а також активне впровадження цифрових рішень, включно з ЕСОЗ і телереабілітацією. Водночас система стикається з кадровим дефіцитом, нерівномірністю доступу та інфраструктурними обмеженнями, що потребує подальших комплексних реформ для забезпечення безперервної та якісної реабілітації населення.

3. Нормативно-правова база реабілітації в Україні зазнала масштабної модернізації, що забезпечило перехід від застарілої моделі медичної реабілітації до сучасної системи, узгодженої з рекомендаціями ВООЗ та європейськими стандартами. Ухвалення Закону України «Про реабілітацію в

охороні здоров'я», введення нових професій, запровадження МКФ та розвиток фінансових механізмів створили фундамент для системної, безперервної та мультидисциплінарної реабілітаційної допомоги. Сукупність нових нормативних рішень забезпечує формування спроможної національної моделі реабілітації, здатної ефективно реагувати на воєнні та післявоєнні виклики.

4. Соціально-економічний аналіз свідчить, що реабілітація є стратегічною інвестицією, яка зменшує тривалість інвалідності, потребу в догляді та загальний економічний тягар для держави й домогосподарств. Водночас значні регіональні диспропорції, низький доступ до стаціонарної реабілітації (лише 4,8-6,2% після інсульту у 2021-2022 рр.) та кадровий дефіцит призводять до фрагментації маршрутів пацієнтів, особливо у прифронтових регіонах. Усунення цих дисбалансів можливе через впровадження кластерних моделей, цифрового моніторингу, стандартизованих маршрутів і цільове регіональне планування, що відповідає рекомендаціям ВООЗ і забезпечує підвищення ефективності системи реабілітації.

5. Аналіз демографічних змін, воєнних наслідків та структурних диспропорцій доводить необхідність створення функціонально-організаційної моделі реабілітації для кластерних лікарень, оскільки зростання кількості пацієнтів із бойовими травмами та кадровий дефіцит унеможливають забезпечення безперервного та якісного маршруту пацієнта. Кластерний підхід, рекомендований ВООЗ, дає змогу оптимізувати ресурси, інтегрувати військову та цивільну реабілітацію та впроваджувати стандартизовані протоколи та індивідуальні реабілітаційні маршрути. Використання сучасних концептуальних моделей реабілітації формує наукове підґрунтя для побудови ефективної, доказової та мультидисциплінарної системи, здатної відповідати на актуальні виклики.

Результати досліджень даного підрозділу наведені у наступних публікаціях:

1. Пожевілова А.А., Михальчук В.М., Мельник В.М. Значення територіальної громади в забезпеченні надання реабілітаційних послуг населення в Україні/, / Лікарська справа 3(1172) 2024 С.23-31
DOI: <https://doi.org/10.31640/LS-2024-3-03>

2. Пожевілова А. А. Сучасні тенденції кадрового забезпечення реабілітаційної допомоги населення територіальних громад в умовах війни. XII Міжнародній Науково-практичній конференції до Всесвітнього дня здоров'я «Організаційно-правові аспекти публічного управління в Україні» м. Полтава, 2025. С. 155-157.

РОЗДІЛ 2. Програма, матеріали і методи дослідження

Дослідження виконано за спеціально розробленою програмою, узгодженою з метою та завданнями роботи (рис. 2.1). Логіка програми побудована за принципом послідовної кумуляції доказів: результати кожного етапу слугували підставою для постановки наступних задач і інтегрувалися у підсумкову модель кадрового забезпечення реабілітаційної допомоги в межах госпітального кластера.

Для вирішення поставлених у дослідженні завдань використані відповідні методи (рис. 2.1):

- системний підхід та системний аналіз - для обґрунтування концептуальних напрямів розвитку УК та концептуальної функціонально-організаційної сучасної моделі університетської клініки України;
- бібліосемантичний метод - для виявлення термінологічних закономірностей, інтерпретацій і категоріальних зв'язків у наукових джерелах. Обсяг наукових літературних джерел, вже використаних автором для теоретичного аналізу проблеми, складає більше 150 од.;
- соціологічний метод (анкетного опитування) - застосовано соціологічний метод для аналізу професійних оцінок і позицій фахівців щодо стану та перспектив кадрового забезпечення;
- медико-статистичний метод - для збору, обробки, аналізу та оцінки соціально-медичних, медико-демографічних, соціально-економічних показників та визначення ефективності функціонально-організаційної моделі реабілітації.
- економічний метод - для оцінки ефективності впровадження оптимізованої функціонально-організаційної моделі реабілітаційної допомоги;

- концептуального моделювання - для розробки інноваційної концептуальної функціонально-організаційної моделі університетської клініки;
- експертних оцінок - для одержання експертної оцінки потенційної ефективності розробленої концептуальної функціонально-організаційної моделі університетської клініки;
- SWOT-аналіз - для оцінки сильних і слабких сторін спроможності кадрового ресурсу госпітальних кластерів з метою визначення основних напрямів її подальшого розвитку та потенційних ризиків.

Наукові бази та джерела даних: мережа госпітальних кластерів України; офіційна статистика (форма №20; дашбордів НСЗУ за пакетами реабілітації; звітні форми ЗОЗ); нормативно-правова база МОЗ України та пов'язаних відомств; публікації BOOZ/ESPRM/ЄК, національні клініко-організаційні документи; матеріали соціологічних опитувань фахівців і керівників підрозділів реабілітації (за стандартизованими анкетами);

Дослідження охопило період 2021-2025 років.

Об'єкт дослідження - система реабілітаційної допомоги в розрізі закладів охорони здоров'я госпітальних кластерів.

Предмет дослідження: медико-соціальні, організаційні та нормативні параметри формування, розподілу, використання і відновлення кадрових ресурсів реабілітаційної допомоги; показники ефективності діяльності мультидисциплінарних команд і якості послуг.

У дослідженні під кадровими ресурсами реабілітаційної допомоги розуміється сукупність фахівців різного профілю – лікарів фізичної та реабілітаційної медицини, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, логопедів, психологів, протезистів-ортезистів і медичного персоналу, які забезпечують надання послуг відповідно до Закону України №1053-ІХ.

Програма дослідження передбачала його виконання у п'ять послідовних етапів. Структура програми дослідження охоплює п'ять взаємопов'язаних

блоків: теоретико-концептуальний, нормативно-правовий, статистично-аналітичний, соціологічний та концептуально-узагальнювальний. Така послідовність забезпечила комплексність та валідність отриманих результатів.

На першому етапі дослідження здійснено системний аналіз вітчизняних і зарубіжних наукових джерел, присвячених питанням розвитку системи госпітальних кластерів.

На основі бібліосемантичного опрацювання 157 наукових публікацій (з них 47 англomовних) були сформульовані теоретико-методологічні засади функціонування та розвитку відповідних моделей у закордонній практиці. Результати нормативно-правового аналізу дозволили ідентифікувати структурні прогалини у регулюванні кадрової політики, що обумовило необхідність їх емпіричної перевірки шляхом статистичного аналізу кадрового забезпечення реабілітаційних закладів (етап 3).

Добір наукової інформації здійснювався з використанням електронних ресурсів, зокрема електронних наукових баз даних PubMed та Google Scholar [134]. Проведений аналіз дав змогу критично оцінити сучасний стан системи кадрового потенціалу реабілітаційної служби госпітальних кластерів у регіонах України та окреслити коло ключових проблем, що потребують подальшого наукового опрацювання.

На другому етапі проведено комплексний аналіз нормативно-правового забезпечення організації реабілітаційної допомоги в Україні, з особливим акцентом на регулювання діяльності госпітальних кластерів. Опрацьовано сучасні законодавчі акти, постанови КМУ, накази МОЗ України та інші підзаконні документи, що визначають структуру, функції, кадрові нормативи, маршрути пацієнтів, протоколи надання реабілітаційної допомоги, вимоги до МДК.

Особливу увагу приділено аналізу Закону України “Про реабілітацію у сфері охорони здоров’я” та суміжних підзаконних актів, що формують інституційні засади функціонування реабілітаційної системи. Аналіз цих

документів дав змогу визначити нормативні вимоги до кадрового забезпечення, етапності надання реабілітаційних послуг та організаційних умов формування МДК.

Проведений нормативно-правовий аналіз дозволив визначити ключові обмеження та регуляторні прогалини, що потребують удосконалення для забезпечення належного кадрового потенціалу реабілітаційної служби в межах госпітальних кластерів.

На третьому етапі дослідження було проведено комплексне вивчення стану функціонування системи реабілітаційної допомоги в межах госпітальних кластерів та визначено ключові тенденції та виклики, що впливають на організацію реабілітаційних послуг у регіонах України. Під реабілітаційним маршрутом у дослідженні розуміється послідовність переходу пацієнта між гострим, післягострим і довготривалим етапами реабілітації відповідно до Наказу МОЗ №2083 від 2021 р. [105].

Аналіз здійснювався із застосуванням системного підходу та статистичних методів аналізу на підставі доступних медико-статистичних джерел, що забезпечило можливість об'єктивної оцінки: кадрового потенціалу реабілітаційної служби, структури та обсягів надання реабілітаційних послуг, динаміки потреб населення в реабілітації, показників інвалідності, що опосередковано відображають ефективність реабілітаційних заходів.

В межах даного етапу здійснено аналіз статистичних довідників, форм державної та галузевої звітності, що характеризують діяльність госпітальних кластерів охорони здоров'я та їх реабілітаційних підрозділів у регіонах, які віднесено до госпітальних кластерів. Оцінювання показників проводилося в ретроспективній динаміці з урахуванням змін організації мережі закладів та впровадження нової моделі реабілітаційної допомоги відповідно до законодавчих ініціатив МОЗ України.

Окрему увагу приділено аналізу даних щодо первинної та загальної інвалідності, а також груп захворювань, які найчастіше зумовлюють потребу

в реабілітації (травми, захворювання нервової, опорно-рухової, серцево-судинної систем тощо). Джерелами інформації слугували форми звітності щодо причин інвалідності, медичних показань до реабілітації, а також матеріали, що характеризують реабілітаційні маршрути пацієнтів.

Статистичний аналіз динаміки інтенсивних та екстенсивних показників здійснювався з використанням характеристик абсолютного та відносного приросту, темпів зміни та вирівнювання рядів динаміки за методом найменших квадратів. Для обробки даних застосовувались спеціалізовані статистичні програмні пакети (Microsoft Excel, Statistica 10.0, MedStat), що забезпечило високий рівень точності й достовірності результатів.

Результати даного етапу дозволили: визначити особливості та проблеми функціонування реабілітаційної служби в межах госпітальних кластерів; виявити регіональні диспропорції у забезпеченні кадрами та реабілітаційними ресурсами; оцінити відповідність існуючої мережі реабілітаційних послуг реальним потребам населення; обґрунтувати необхідність оптимізації кадрових нормативів та підсилення етапності реабілітаційної допомоги.

Отримані результати стали методологічним підґрунтям для подальших етапів дослідження, спрямованих на медико-соціальне обґрунтування кадрового забезпечення МДК функціонально-організаційної концептуальної моделі реабілітаційної допомоги в межах госпітальних кластерів.

Четвертий етапі дослідження проведено медико-соціологічне оцінювання організації реабілітаційної допомоги в межах госпітальних кластерів. За спеціально розробленими анкетами здійснено опитування фахівців реабілітаційного профілю, керівників закладів охорони здоров'я, керівників реабілітаційних підрозділів, а також пацієнтів, які отримували реабілітаційні послуги.

В межах соціологічного етапу було проведено онлайн-анкетування, у якому взяли участь 204 фахівців (лікарі ФРМ, фізичні терапевти,

ерготерапевти, керівники реабілітаційних відділень) із 25 регіонів України. Вибірка формувалася методом цільового відбору.

Опрацювання соціологічних даних здійснювалося з використанням методів описової статистики, частотного аналізу, кореляційного аналізу та групування відповідей для виявлення ключових тенденцій і факторних залежностей.

Отримані дані дали змогу сформувати комплексну характеристику функціонування реабілітаційних служб, виявити структурні та кадрові проблеми, оцінити рівень міждисциплінарної взаємодії, доступність та якість послуг. Додатково проведено експертне опитування групи незалежних фахівців ($n = 205$) та SWOT-аналіз реабілітаційної служби госпітальних кластерів, що дозволило визначити ключові сильні сторони, обмеження, можливості та загрози подальшого розвитку системи.

В межах п'ятого етапу дослідження було науково обґрунтовано ключові концептуальні напрями формування та розвитку кадрового забезпечення реабілітаційної служби госпітальних кластерів. Визначено, що стратегічні пріоритети мають ґрунтуватися на інтеграції кадрових, організаційних, освітніх та управлінських ресурсів, спрямованих на забезпечення ефективної та безперервної реабілітаційної допомоги та освіти.

Серед основних концептуальних положень виокремлено такі:

Інтеграція кадрового потенціалу міждисциплінарних групах, що передбачає координацію діяльності фахівців різного профілю (лікарів фізичної та реабілітаційної медицини, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, асистентів реабілітологів, психологів, соціальних працівників) у межах єдиного клінічного маршруту в госпітальному кластері.

Забезпечення тісної взаємодії клінічної практики, освіти та науки, що дає можливість формувати безперервну систему професійного розвитку реабілітаційних фахівців і адаптувати їх компетенції до сучасних міжнародних стандартів ВООЗ.

Узгодження кадрових процесів із державними інтересами та нормативними вимогами, що включає оптимізацію штатних нормативів, формування прозорих кваліфікаційних вимог і забезпечення належної якості підготовки фахівців.

Міжсекторальна інтеграція в межах кластерної моделі, яка забезпечує узгодженість роботи первинної, вторинної та високоспеціалізованої реабілітації, у тому числі через використання телереабілітації, цифрових сервісів та електронної документації.

Системний підхід до планування кадрових ресурсів, включно з аналізом потреб регіонів, прогнозуванням навантаження, визначенням оптимальних співвідношень пацієнтів і фахівців, та застосуванням інструментів управління компетенціями.

Формування багатоканальної моделі фінансування, що дозволяє забезпечити фінансову сталість кадрової структури, включаючи можливість залучення державних, муніципальних, страхових та міжнародних джерел.

Розроблення сучасного організаційно-інформаційного супроводу, спрямованого на підвищення ефективності управління кадрами, включно з використанням електронних реєстрів, моніторингових платформ та інструментів внутрішнього аудиту.

Посилення системи контролю якості, що охоплює стандартизацію реабілітаційних протоколів, ліцензування, акредитацію закладів та сертифікацію фахівців.

Безперервний професійний розвиток кадрів, який передбачає програмне забезпечення післядипломної освіти, супервізії, стимуляційного навчання та міждисциплінарних тренінгів.

Удосконалення кадрової політики через міжнародну співпрацю, що включає адаптацію успішних моделей кадрового забезпечення, обмін досвідом та впровадження передових європейських практик.

Формування інституту кадрового менеджменту в реабілітаційних центрах, що забезпечує науково обґрунтоване прогнозування, підбір, розстановку та мотивацію персоналу в межах госпітального кластера.

Сформульовані концептуальні напрями стали методологічним підґрунтям для подальшої розробки інтегративної моделі кадрового забезпечення реабілітаційної служби госпітальних кластерів та визначення відповідних нормативних підходів до формування мультидисциплінарних команд.

Під час виконання дисертаційної роботи проведено чисельні опитування відповідно завданням та напрямів досліджень. Методологічні засади опитування базувались на анкетуванні, напівструктурованому глибинному інтерв'ю, індивідуальному експертному оцінюванні.

Напівструктуроване глибинне інтерв'ю - це якісний метод отримання інформації, яке дало змогу детально вивчити потреби та інтереси пацієнтів, ставити уточнюючі питання для прояснення інформації та розкрити тему дослідження, що в результаті дає можливість отримати достатню кількість необхідних даних для аналізу та провести якісний аналіз проблеми [135].

Інструментами збору даних були анкети. Самостійно розроблені анкети (Додатки Б1-Б3) було попередньо апробовано на сукупності респондентів та модифіковано їх для кращого сприйняття учасниками дослідження. Анкети отримали висновок етичної комісії НУОЗ України імені П. Л. Шупика (протокол № 1 від 11.09.2025).

Загалом пацієнтам було роздано 216 анкет, із яких 204 були повернуті та включені до подальшого аналізу. Рівень повернення анкет становив 94,4 %.

Медико-соціологічне дослідження проводилось на базі НУОЗ України імені П. Л. Шупика із залученням керівників та лікарів як експертів, що добре обізнані з особливостями досліджуваного об'єкта. З огляду на експертний характер вибірки, анкетування не вимагало застосування формульного розрахунку її обсягу, а охопило всю доступну сукупність - 105 лікарів ФРМ.

Анкети для опитування складаються з декілька блоків. Перший соціально-демографічний блок містив особисті дані за такими параметрами, як вік, стать, освіта, регіон проживання (для всіх респондентів), стаж та тип ЗОЗ, наявність ускладнень, вид фармакотерапії тощо (для пацієнтів) або рівень кваліфікації та спеціалізації, стаж практичної роботи тощо (для фармацевтичних працівників та лікарів). Інші блоки за тематикою дослідження містили перелік безальтернативних та альтернативних питань закритого або відкритого типу, частина з яких передбачала мультивідповідь та коментарі. Заклучна етична частина містила подяку за співпрацю.

Опитування базувалося на дотриманні етичних стандартів і захищало право учасників на анонімність та конфіденційність. Всі учасники були поінформовані про те, що їхня участь у опитуванні є добровільною і вони мають право відмовитися від участі в опитуванні, без будь-яких пояснень та негативних наслідків при згоді або відмові. Всі респонденти були повідомлені про те, що участь у опитуванні є конфіденційною. Інформація, яку надали учасники, використовувалась без ідентифікації особи та в узагальненому вигляді. Анкета не передбачала використання прізвища або інші ідентифікаційні особисті дані.

Результати опитування фіксувалися в анкеті на паперовому або електронному форматі. Госпітальних кластерів доступу до онлайн-опитування підвищила його інклюзивність і репрезентативність. Релевантними вважали анкети повністю заповненими, частково заповнені анкети вилучали із опитувань. Однак варто зазначити, що, незважаючи на те, що це підвищило якість дослідження трудомісткість опитування (наявність багатьох питань та блоків) та вимога щодо його повного заповнення могли вплинути на рівень відповідей.

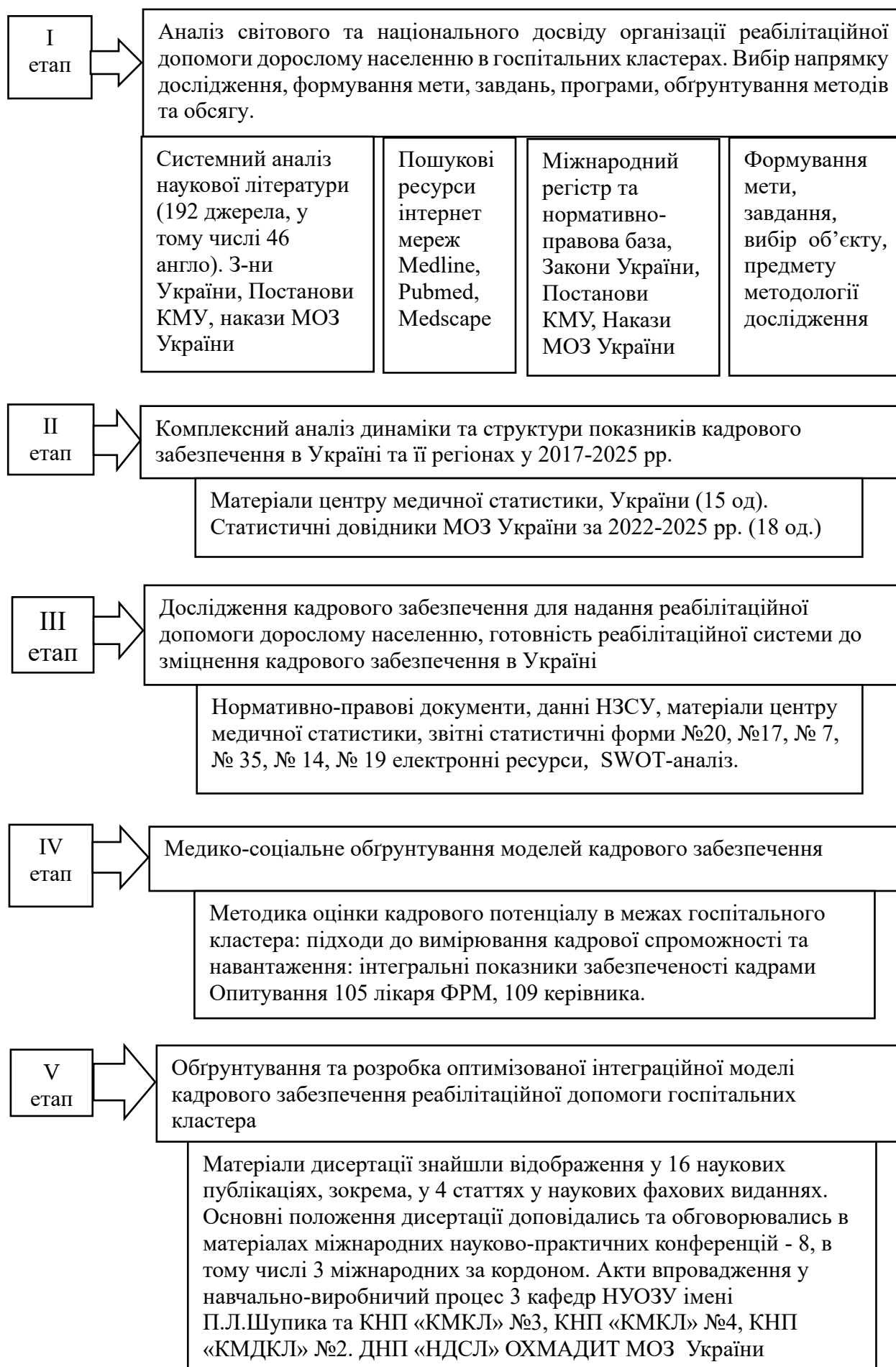


Рис. 2.1. Програма, матеріали та обсяги дослідження.

Методи дослідження	Етапи дослідження
1. Системного підходу та аналізу	I–V
2. Бібліосемантичний	I-III
3. Статистичний	III-IV
4. Соціологічний	III
5. Епідеміологічний	IV
6. Моделювання	V
7. Експертних оцінок	III -V

Рис. 2.2 - Методичний апарат дослідження

Статистичний аналіз виконувався з використанням програм Microsoft Excel. Застосовувалися методи описової статистики для демографічних даних та числових відповідей на окремі запитання. Відповіді на вільний текст були згруповані за темами з використанням простих якісних прийомів.

Розрахунок кількості респондентів для кожного окремого дослідження здійснювався шляхом випадкової неповторюваної вибірки за наступною формулою:

$$n = \frac{N}{1 + 0,015 \times N}$$

де n – кількість респондентів; N – загальна кількість лікарів у областях України та м. Київ.

Перевагою застосування випадкової неповторюваної вибірки є відсутність необхідності використання даних офіційної статистики про респондентів. Особливо актуальною дана проблема стає під час вивчення вузьких цільових груп при відсутності даних про загальну сукупність.

Статистичний аналіз виконували за загальноприйнятими методами варіаційної статистики. Достовірність оцінювали за t -критерієм Стюдента.

Відмінності визнавали істотними при рівні значущості $p \leq 0,05$. Кореляційний зв'язок установлювали за допомогою критерію кореляції Спірмена та кореляційно-регресивного аналізу за Пірсоном.

У дослідженні використано метод «Дельфі» для отримання узгоджених експертних суджень щодо ключових аспектів кадрового забезпечення реабілітаційної допомоги. Метод дозволив уникнути прямих дискусій, забезпечив анонімність, поетапне уточнення позицій та формування колективної думки без впливу психологічних факторів. Це підвищило достовірність експертних оцінок і дало змогу виявити домінуючі фахові підходи.

Методологія дослідження також ґрунтується на двох організаційно-методичних напрямках менеджменту якості. Організаційно-економічний напрямок передбачає застосування сучасних принципів управління, інноваційних моделей фінансування та підбору кадрів, орієнтованих на потреби пацієнта. Виробничий напрямок спрямований на оптимізацію процесів надання медичних послуг, формування системи цільових індикаторів та методики їх оцінювання для забезпечення контролю якості в закладах охорони здоров'я.

Поєднання методу «Дельфі» та зазначених напрямків забезпечило комплексну методологічну основу дослідження та підвищило валідність сформованих управлінських рішень.

РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ ІСНУЮЧОЇ СИСТЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ.

3.1. Аналіз кадрового забезпечення системи реабілітаційної допомоги.

Аналіз сучасного стану реабілітаційної допомоги в Україні показує, що сфера реабілітаційної допомоги перебуває на етапі активного формування, як структурно, так і концептуально. В умовах воєнних дій і зростання кількості осіб з втратою функціональних можливостей реабілітація стає одним із ключових напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я. Розвиток РД базується на принципах доказової медицини, мультидисциплінарності, цифровізації та соціальної інтеграції.

Медико-демографічна ситуація - зростання рівня травматизму, інвалідності, психоемоційних розладів - зумовлює потребу у розширенні мережі реабілітаційних закладів та кадрового потенціалу. Сучасні підходи вимагають єдності медичного, психологічного та соціального компонентів, що забезпечується через міжсекторальну взаємодію між системами охорони здоров'я, освіти, соціального захисту та місцевого самоврядування.

Кадрове забезпечення системи охорони здоров'я України залишається одним із ключових викликів. Незважаючи на порівняно високу частку медичних працівників у структурі трудових ресурсів (5,9 %), протягом останніх 30 років кількість лікарів скоротилася удвічі, а середнього й молодшого медичного персоналу - у чотири рази. Особливої гостроти проблема набула у період пандемії COVID-19, коли лише у 2020 році зі сфери охорони здоров'я вибуло понад 34 тис. працівників, а 28,7 % медичних кадрів були інфіковані (табл. 3.1.1; [136, 137]).

Станом на 1 липня 2021 року в системі охорони здоров'я налічувалося майже 13 тис. вакантних посад, при цьому в десяти областях показник

забезпеченості лікарями був нижчим за мінімальні стандарти ВООЗ, а лише сім регіонів відповідали нормативам щодо середнього медичного персоналу [131]. Найбільш виражений дефіцит зафіксовано у західних і центральних областях, тоді як відносний кадровий резерв зосереджений переважно у м. Києві.

Після початку повномасштабного вторгнення у 2022-2023 рр. кадрова ситуація ще більше ускладнилася через зростання навантаження на систему охорони здоров'я, внутрішню та зовнішню міграцію медичних працівників і підвищений попит на фахівців для військової медицини. Особливо критичним став дефіцит кадрів у службі реабілітації, де зростання потреб не супроводжувалося адекватним кадровим поповненням.

Згідно із Законом України №1053-IX від 20.11.2024 року «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», до фахівців з реабілітації належать лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, фізичні терапевти, ерготерапевти, терапевти мови та мовлення, психологи, психотерапевти, асистенти та інші спеціалісти [9].

Аналіз кадрового забезпечення системи реабілітаційної допомоги за даними офіційної статистики (форма №20) свідчить про наявність суттєвого дефіциту фахівців лікарів фізичної та реабілітаційної медицини в Україні. Станом на 31.12.2023 р. було передбачено 1645,13 штатних посад, з яких укомплектовано лише 69,4 % (ДОДОТОК В), при цьому загальна чисельність фахівців становила 971 особу, а коефіцієнт сумісництва - 1,2 (табл. 3.1.1). Найбільша кількість посад зосереджена у м. Києві, Дніпропетровській, Львівській та Харківській областях, однак навіть у цих регіонах рівень укомплектованості не досягає середнього по країні.

Важливим результатом аналізу є встановлення факту повної відсутності штатних посад і фахівців лікарів фізичної та реабілітаційної медицини у закладах охорони здоров'я Кіровоградської області, а також критично низького рівня забезпеченості цими спеціалістами у Закарпатській області.

Таблиця 3.1.1.

Співвідношення зайнятих посад до кількості фахівців

	Штатних посад	Зайнятих посад	Укомплект (%)
Фізичні терапевти	779.5	560.75	71.9
Ерготерапевти	470.5	287.75	61.2
Клінічні психологи	1535.85	1106.35	72.0
Лікарів-психологи	376.5	233.6	62.0
Лікарі-психотерапевти	74.5	65.75	88.3
Лікарі ФРМ	1645.13	1141.43	69.4

Така ситуація створює додаткові бар'єри для доступності реабілітаційних послуг і може негативно впливати на регіональні показники відновлення функціонального стану населення. Отримані результати підтверджують, що нерівномірність регіонального розподілу та загальний дефіцит лікарів ФРМ залишаються ключовими викликами розвитку реабілітаційної системи України, що потребує стратегічних управлінських рішень щодо підготовки, розподілу та утримання кадрів.

Фізичні терапевти є базовими фахівцями міждисциплінарної команди реабілітації, забезпечуючи відновлення функціональних можливостей пацієнтів на всіх етапах реабілітаційного процесу [30, 51, 137]. Станом на 31.12.2023 р. у закладах охорони здоров'я України було передбачено 779,5 штатних посад фізичних терапевтів, тоді як фактична чисельність фахівців становила 369 фізичних осіб (ДОДАТОК Г). Формально високий рівень укомплектованості посад (71,9 %) досягається переважно за рахунок високого коефіцієнта сумісництва (1,5), що свідчить про надмірне професійне навантаження.

Відповідно до вимог НСЗУ, у межах амбулаторної реабілітації на двох лікарів ФРМ має бути передбачено два фізичні терапевти, а у стаціонарних

умовах - щонайменше три. Фактичний стан кадрового забезпечення суттєво не відповідає цим нормативам: кількість посад фізичних терапевтів була вдвічі меншою, ніж посад лікарів ФРМ (779,5 проти 1645,13), а на одного фізичного терапевта припадало майже три лікарі ФРМ (369 проти 971), що є прямим індикатором системного дисбалансу (табл. 3.1.1).

Незважаючи на концентрацію фізичних терапевтів у м. Києві, Волинській, Житомирській, Хмельницькій та Львівській областях, навіть у цих регіонах кадрове забезпечення не відповідає нормативам НСЗУ. Особливо критичною є повна відсутність фізичних терапевтів у Вінницькій, Івано-Франківській, Кіровоградській, Полтавській, Харківській, Черкаській та Чернігівській областях, що унеможливорює формування повноцінних міждисциплінарних команд і обмежує доступ населення до реабілітаційної допомоги.

Ерготерапія як одна з наймолодших медичних спеціальностей, орієнтована на пацієнтоцентричний підхід [5, 75, 137], також характеризується глибоким кадровим дефіцитом. Станом на 31.12.2023 р. було передбачено 470,5 штатних посад ерготерапевтів, з яких укомплектовано лише 61,2 %, а загальна чисельність фахівців становила 171 фізичну особу при коефіцієнті сумісництва 1,7 (ДОДАТОК Е). Фактичне співвідношення лікарів ФРМ до ерготерапевтів становило 1:0,17 при нормативі 1:1, що істотно обмежує можливості формування МДК.

Кадровий дефіцит ерготерапевтів має виражений регіональний характер: у багатьох областях фахівці цієї спеціальності відсутні або їхня чисельність не перевищує 10 осіб. Найвищі показники зафіксовано у Волинській (32), Львівській (30) та Київській (20) областях, однак навіть вони не відповідають реальним потребам системи.

Психологічна складова реабілітації забезпечується клінічними психологами, лікарями-психологами та психотерапевтами [72, 75, 137]. Станом на 31.12.2023 р. передбачено 1535,85 штатних посад клінічних

психологів, з рівнем укомплектованості 72,0 %, тоді як для лікарів-психологів цей показник становив 62,0 % (ДОДАТОК Ж). Посади лікарів-психотерапевтів є найменш численними (74,5 одиниці), проте мають найвищий рівень укомплектованості - 88,3 % [1, 72, 137]. При цьому понад 54,3 % штатних посад і 67,2 % фахівців-психотерапевтів зосереджені у м. Києві (ДОДАТОК І), що свідчить про значну регіональну нерівність.

Терапевти мови та мовлення є важливими учасниками МДК [72, 75, 137]. Станом на 31.12.2023 р. було передбачено 800,5 штатних посад, з яких зайнято 497 фізичних осіб (укомплектованість - 74,1 %), при коефіцієнті сумісництва 1,2 (ДОДАТОК К). У Кіровоградській та Хмельницькій областях логопеди повністю відсутні, що свідчить про критичний кадровий дефіцит.

Аналіз динаміки 2021-2024 рр. засвідчує інтенсивне зростання кадрового резерву лікарів ФРМ: з 212 осіб у 2021 р. до 1472 у 2024 р. (+594,3 %). Найбільші абсолютні прирости зафіксовано у м. Києві, Дніпропетровській, Львівській, Івано-Франківській та Вінницькій областях, що дозволяє розглядати ці регіони як потенційні ядра формування МДК (рис. 3.1).

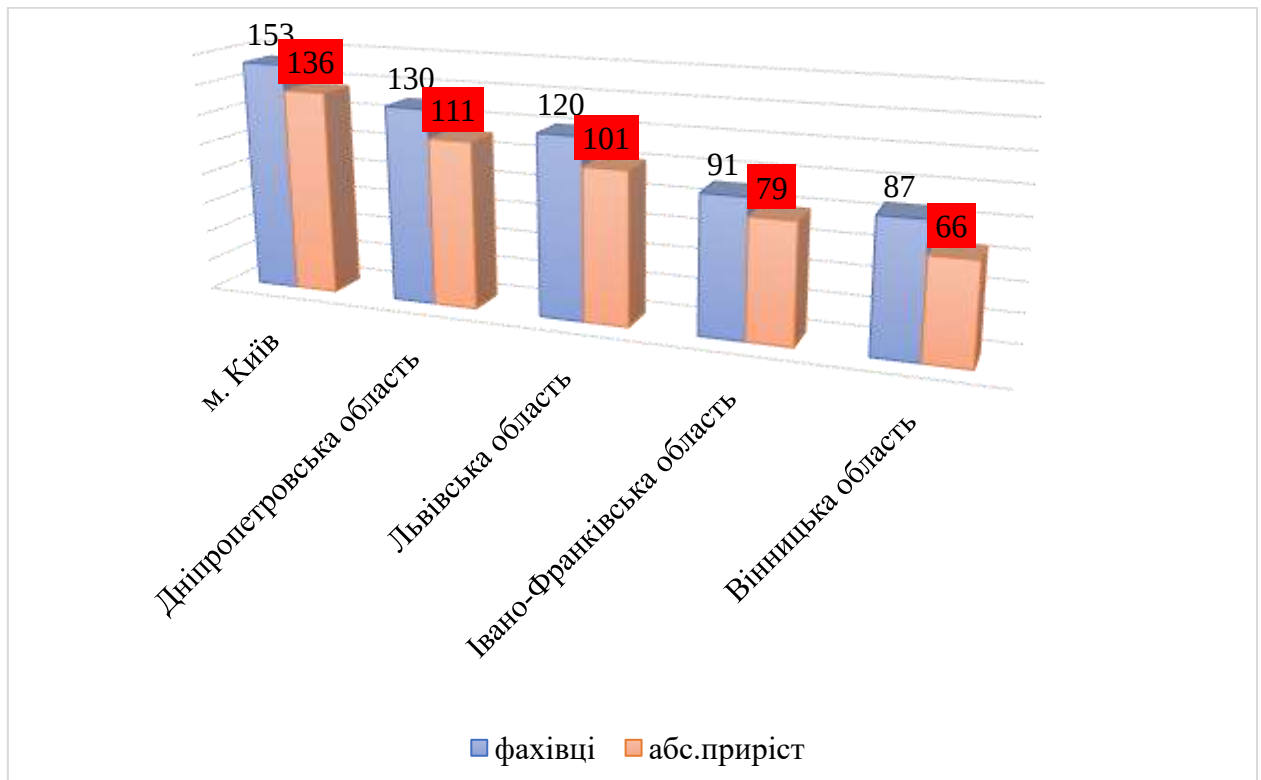


Рис. 3.1. Регіони-лідери за чисельністю лікарів ФРМ 2024 р.

Водночас зберігається група регіонів зі стабільно низькою кадровою базою (19-41 лікар ФРМ), зокрема Херсонська, Луганська, Кіровоградська, Київська та Чернігівська області, що потребує цільових державних заходів з підготовки, розподілу та утримання кадрів. Станом на 01.01.2025 р. чисельність фахівців реабілітаційного профілю зростає за всіма спеціальностями, однак дефіцит логопедів, ерготерапевтів та фахівців психологічного профілю залишається критичним (ДОДАТОК Г).

Воєнний стан зумовив різке зростання кількості комбінованих щелепно-лицевих травм, що актуалізувало роль стоматологічної реабілітації у структурі міждисциплінарної команди [2, 8, 21, 34]. Стоматологічна реабілітація забезпечує відновлення життєво важливих функцій, зменшення інвалідизації та соціальну інтеграцію постраждалих, відповідаючи принципам біопсихосоціальної моделі та МКФ [2, 21, 34].

Перехід до кластерної моделі організації реабілітаційної допомоги, зокрема через формування госпітальних кластерів, відповідає європейським практикам і дозволяє підвищити доступність, якість та інтегрованість реабілітаційних послуг [21, 38, 54, 114, 131]. Подальший розвиток цієї моделі має ґрунтуватися на єдності маршруту пацієнта, міждисциплінарній взаємодії та цифровій прозорості процесів [45, 57, 58, 132].

Сучасна модель надання реабілітаційної допомоги в Україні поступово трансформується у напрямі кластерного принципу організації, зокрема через формування госпітальних кластерів, що об'єднують заклади охорони здоров'я різних рівнів для забезпечення пацієнтам безперервного реабілітаційного маршруту [21, 54]. Такий підхід ґрунтується на принципах децентралізації управління, раціонального використання ресурсів та створення єдиного простору міжсекторальної взаємодії між лікарнями, реабілітаційними відділеннями, освітніми установами та територіальними громадами.

Аналогічні організаційні моделі успішно функціонують у країнах Європейського Союзу, зокрема в Польщі, Чехії та Литві, де реабілітаційні

кластери інтегровані в систему громадського здоров'я. Їх діяльність фінансується за рахунок державних бюджетних програм та механізмів медичного страхування, що забезпечує фінансову стабільність, інституційну сталість і довгостроковий розвиток реабілітаційних послуг [38, 114, 131].

Організація реабілітаційної допомоги на засадах госпітальних кластерів розглядається як стратегічний напрям розвитку системи охорони здоров'я України. Запровадження кластерної моделі сприяє не лише підвищенню доступності та якості реабілітаційних послуг, але й створює передумови для інтеграції освіти, науки та клінічної практики, що є ключовою умовою формування сучасної системи відновного лікування [21, 54, 132].

Подальше вдосконалення кластерної системи реабілітаційної допомоги доцільно базувати на трьох ключових принципах: єдності маршруту пацієнта, командної міждисциплінарної взаємодії фахівців, цифрової прозорості управлінських і клінічних процесів [45, 57, 58].

Саме така модель здатна забезпечити ефективну реабілітацію осіб, постраждалих унаслідок війни, сприяти соціальній інтеграції ветеранів та осіб з інвалідністю, а також стати інституційною основою відновлення здоров'я нації в післявоєнний період [54, 117, 132].

Водночас, розвиток реабілітаційної системи стримується низкою кадрових і організаційних викликів. Низький рівень престижності професій реабілітаційного профілю, недостатня фінансова мотивація та обмежені кар'єрні перспективи спричиняють відтік молодих фахівців за кордон або їх перехід в інші галузі економіки [41, 137]. За результатами досліджень, проведених у 2025 році, понад 40 % студентів-реабілітологів розглядають можливість працевлаштування за межами України у разі відсутності системи державних стимулів, гарантованого соціального пакета та прозорих механізмів професійного розвитку [41].

Додатковим підтвердженням прогнозованого зростання кадрового дефіциту у сфері реабілітаційної допомоги є дані Національної служби

здоров'я України. За ПМГ у 2025 році було надано понад 435 тисяч пакетів реабілітаційних послуг, що свідчить про стрімке зростання попиту на відновлювальну допомогу в умовах воєнного та післявоєнного періодів. Водночас темпи підготовки та залучення фахівців реабілітаційного профілю не відповідають реальним потребам системи, що створює ризик поглиблення кадрового голоду, зниження доступності та якості реабілітаційних послуг у межах госпітальних кластерів.

Таким чином, дисбаланс між обсягами наданих реабілітаційних послуг за Програмою медичних гарантій та наявним кадровим потенціалом актуалізує необхідність науково обґрунтованого планування людських ресурсів, впровадження довгострокових кадрових стратегій та інтеграції реабілітаційної політики з системою громадського здоров'я.

3.2. Аналіз матеріально-технічної бази реабілітаційної допомоги та її фінансове забезпечення.

Переважаюча частина закладів охорони здоров'я використовує застарілу матеріально-технічну базу для проведення лікувальної фізкультури та фізичної терапії, яка не відповідає сучасним світовим вимогам і потребує суттєвого оновлення та модернізації.

Матеріально-технічна та фінансова база - це фундамент, на якому будується система реабілітаційної допомоги. Без належного фінансування, оновлення обладнання та підготовки персоналу неможливо забезпечити належну якість відновного лікування. Тому стратегічним завданням держави на найближчі роки є створення збалансованої, фінансово стійкої системи реабілітаційних послуг, яка об'єднає державний, приватний та освітній сектори [65, 66].

Матеріально-технічне забезпечення є одним із ключових показників спроможності системи реабілітаційної допомоги в Україні. Без сучасного

обладнання, належно оснащених залів для фізичної терапії, кімнат для ерготерапії, логопедичних кабінетів і засобів технічної реабілітації неможливо забезпечити повноцінний процес відновлення пацієнтів.

За даними Міністерства охорони здоров'я України та Національної служби здоров'я, станом на 2024 рік у державному секторі працювало близько 500 реабілітаційних закладів, з яких понад 70 % потребували часткової або повної модернізації. Найкраще оснащеними залишаються надкластерні лікарні, створені на базі обласних центрів, тоді як більшість районних і комунальних установ функціонують із застарілою апаратурою [21, 54].

До основних проблем належить відсутність єдиних технічних стандартів для оснащення відділень різного рівня. Часто заклади отримують обладнання в межах гуманітарної допомоги або міжнародних грантів, що призводить до фрагментарності й нерівномірності забезпечення.

Значну роль у зміцненні матеріально-технічної бази відіграють міжнародні донори та партнерські програми. Зокрема, ВООЗ, уряди Німеччини та Японії реалізують проєкти з оснащення реабілітаційних відділень, підготовки персоналу та впровадження цифрових систем обліку [131, 132].

Важливою тенденцією стає розвиток публічно-приватного партнерства - співпраця між державними та приватними клініками, що дозволяє оптимізувати використання ресурсів і підвищити якість послуг. У перспективі планується створення національної мережі реабілітаційних центрів із сучасними протезно-ортезними лабораторіями, телемедичними сервісами та навчальними платформами для фахівців.

Фінансування реабілітаційної допомоги в Україні здійснюється переважно через Програму медичних гарантій (ПМГ), що адмініструється НСЗУ. У 2024 році видатки на пакети реабілітації зросли на 17,6 % порівняно з 2023 роком, а кількість законтракованих надавачів послуг - на 18,7 %. Це

свідчить про поступове розширення мережі та зростання державної підтримки галузі [122, 54].

Міністерство охорони здоров'я України реалізує заходи з удосконалення системи реабілітації у сфері охорони здоров'я. Безоплатна реабілітаційна допомога в умовах стаціонару надається у 314 медичних закладах по всій Україні; станом на листопад 2024 року держава спрямувала понад 1,9 млрд грн на покриття витрат за такі послуги. На базі сучасних реабілітаційних відділень функціонують центри досконалості, які виконують роль навчальних хабів для МДК та впроваджують сучасні клінічні підходи [65]. МОЗ України впроваджує флагманський проєкт «Розвиток системи реабілітаційної допомоги» в межах стратегії безбар'єрності [66, 132], що спрямований на розширення доступу до реабілітаційних послуг, зміцнення матеріально-технічної бази закладів, розвиток цифрових рішень та підвищення кваліфікації фахівців. [65].

Втім, обсяг фінансування досі залишається недостатнім. У середньому оплата за один курс реабілітації покриває лише 60-70 % реальних витрат закладів. Основні витрати, які не компенсуються, пов'язані з оновленням обладнання, оплатою праці висококваліфікованих фахівців та утриманням інфраструктури.

3.3. Обсяги програм НЗСУ госпітальних кластерів та закладів охорони здоров'я

Програмі медичних гарантій забезпечує безкоштовний доступ до медичних послуг, передбачаючи, що заклади, які укладають угоди з Національною службою здоров'я України (НСЗУ), мають відповідати вимогам безбар'єрності та інклюзії. Серед основних досягнень проєкту: Розвиток системи реабілітації. У 2024 році НСЗУ вже виплатила понад 4,7 млрд грн на реабілітаційні послуги. З цієї суми більше ніж 2,7 млрд грн спрямовано на

стаціонарну реабілітацію, а 1,7 млрд грн - на амбулаторну. Для надання цих послуг вже законтрактовані 319 стаціонарних та 479 амбулаторних закладів. Більшість із них відповідає стандартам НСЗУ: відремонтовані приміщення, наявність сучасного обладнання, генераторів, безбар'єрний доступ та дотримання принципів інклюзії. Підвищення доступності послуг. У поточному році майже 366 тисяч пацієнтів скористалися безоплатною реабілітацією. Щоденна пропускна здатність системи перевищує 12 тисяч терапевтичних сеансів, що втричі більше порівняно з 2022 роком. МОЗ України також постійно моніторить доступність медичних і реабілітаційних послуг для маломобільних груп та вдосконалює відповідну інфраструктуру. Починаючи із 2020 р. НСЗУ розпочала контракування закладів охорони здоров'я для надання реабілітаційної допомоги.

Впродовж 2023-2025 рр. ПМГ передбачала 3 окремі реабілітаційні пакети: «Медична реабілітація немовлят, які народились передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя» (пакет 25), «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах» (пакет 53), «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у амбулаторних умовах» (пакет 54) [46, 122].

У 2024 році реабілітаційні послуги за Програмою медичних гарантій (ПМГ) надавали 508 закладів охорони здоров'я, з яких 87,4 % становили комунальні надавачі. Така структура підтверджує домінування публічного сектору та обмежену участь приватних закладів, незважаючи на збільшення тарифів і розширення фінансових стимулів. Загальний бюджет ПМГ на реабілітаційні пакети у 2024 р. становив 5 021 813,4 тис. грн (3,46 % від загального бюджету ПМГ), із яких 76,1 % спрямовано закладам комунальної власності. Загальний бюджет ПМГ на реабілітаційні пакети у 2025 р. становив 6942787,715 тис. грн (4 % від загального бюджету ПМГ), із яких 87,2 % спрямовано закладам комунальної власності.

Таблиця 3.3.1.

**Фінансування та контрактування реабілітаційних пакетів НСЗУ
(2023-2024 рр.)**

Показник	2023 рік	2024 рік	2025 рік	Динаміка / Коментар
Загальний бюджет ПМГ на реабілітаційні пакети	4 270000 грн.	5 021 813,4 . грн.	6 942 787,715 грн.	Уперше визначено як 3,46 % від загального бюджету ПМГ
Частка фінансування реабілітації у ПМГ	2,9%	3,46 %	4,0%	Частка зросла (орієнтовно за рахунок воєнних потреб)
Фінансування комунальних закладів	—	4319138,96 грн. (76,1 %)	6 057 837,625 . грн	Комунальний сектор -ключовий надавач
Фінансування приватних закладів	—	645 979,82 . грн. (23,1 %)	88,515,0090.0 грн	Низька активність приватних надавачів у реабілітації
Кількість надавачів реабілітаційної допомоги	Базовий рівень 2023 року	+18,7 % у 2024 році		Значне зростання мережі
Обсяги укладених договорів з НСЗУ	Базовий рівень 2023 року	+17,6 % у 2024 році		Підтверджує розширення доступності
Структура надавачів за формою власності	Подібна до 2024 року	Комунальні - 87,4 %, приватні – 12,6 %	Комунальні 87,2 %; приватні 12,7 %	Структура суттєво не змінилася
Правила доступу до реабілітації	Е-направлення	Е-направлення від профільного лікаря	Е-направлення від профільного лікаря	Право вибору закладу збережено за пацієнтів

Зростання кількості надавачів (+18,7 %) та договорів з НСЗУ (+17,6 %) у 2024 р. засвідчило підвищення доступності реабілітаційних послуг. Структура за формами власності залишилася стабільною. Реабілітація в стаціонарних умовах здійснюється за електронним направленням, а тривалість циклу визначається кількістю напрямів та становить не менше 14-21 дня, з інтенсивністю щонайменше 3 години на добу.

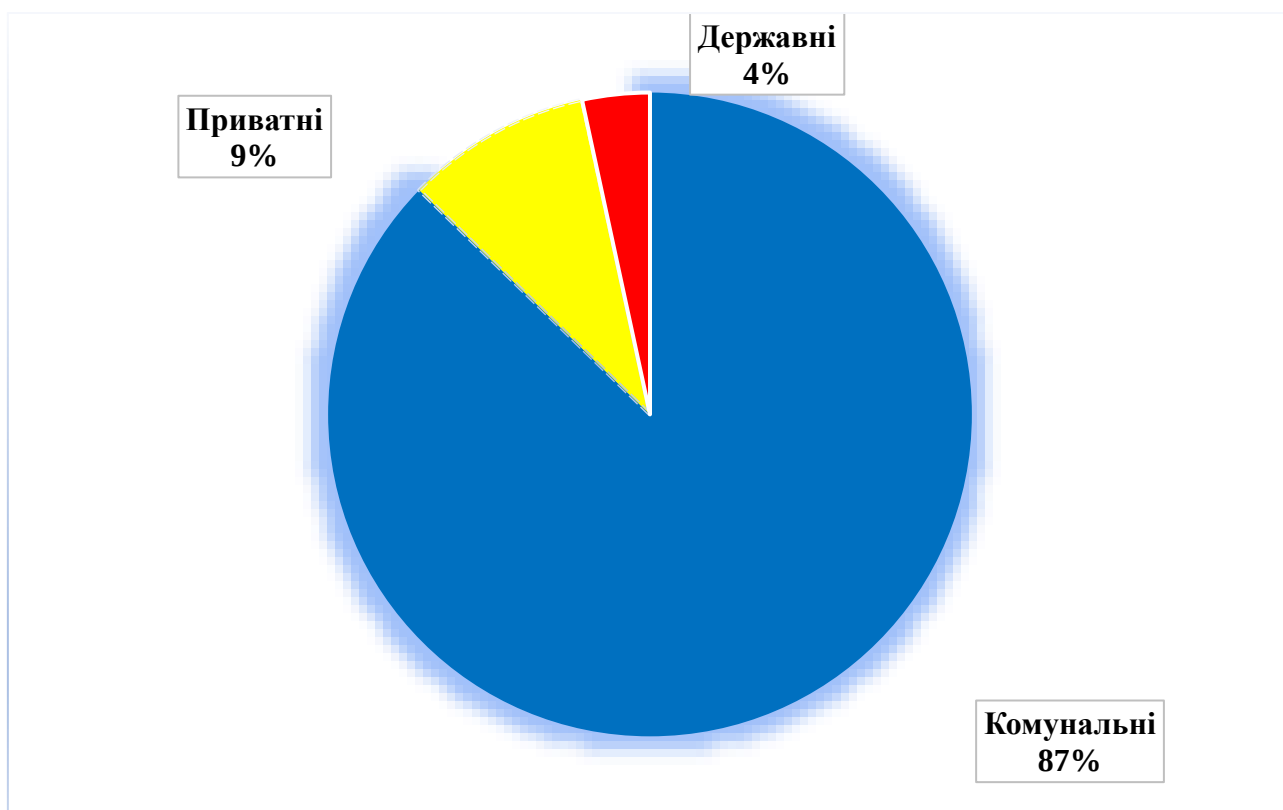


Рис.3.2. Розподіл суми договорів за 54-м пакетом у розрізі форми власності надавачів (у %)

У 2024 р. стаціонарну реабілітацію надавали 319 закладів (91,8 % - комунальні). Кількість надавачів збільшилася на 23,2 %, проте регіональна структура залишилася сталою. Найбільшу кількість договорів укладено у Дніпропетровській, Полтавській, Львівській областях та м. Київ; найнижчі показники характерні для областей, що зазнали руйнувань унаслідок війни (Луганська, Херсонська, Донецька, Миколаївська).

У 2025 році розширено нормативні можливості: збільшено тривалість стаціонарної реабілітації (до 26 циклів для пацієнтів з множинними ампутаціями), запроваджено монопослуги в амбулаторних умовах. Стаціонарну реабілітацію вже надавали 357 закладів, з яких 89,4 % - комунальні.

Таблиця 3.3.2.

**Динаміка кількості надавачів комунальної та державної власності
пакету «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних
умовах» в Україні та її регіонах у 2023-2025 рр.**

Територія	2023 р.	2024 р.	2025 р.	Абсолютний приріст 2023-2025 рр.	Темп приросту (у %) 2023-2025 рр.
Україна	235	286	332	97	41.3
Вінницька	13	15	22	9	69.2
Волинська	11	12	12	1	9.1
Дніпропетровська	19	27	28	9	47.4
Донецька	5	6	3	-2	-40.0
Житомирська	12	16	16	4	33.3
Закарпатська	7	12	13	6	85.7
Запорізька	9	9	10	1	11.1
Івано-Франківська	15	14	17	2	13.3
Київська	6	4	9	3	50.0
Кіровоградська	9	9	11	2	22.2
Луганська	0	1	1	1	
Львівська	10	16	17	7	70.0
Миколаївська	5	5	5	0	0.0
Одеська	8	11	12	4	50.0
Полтавська	14	19	16	2	14.3
Рівненська	10	12	15	5	50.0
Сумська	14	15	15	1	7.1
Тернопільська	11	13	17	6	54.5
Харківська	9	11	21	12	133.3
Херсонська	3	3	2	-1	-33.3
Хмельницька	5	6	12	7	140.0
Черкаська	6	8	9	3	50.0
Чернівецька	7	10	13	6	85.7
Чернігівська	9	13	13	4	44.4
м. Київ	18	19	23	5	27.8

Більшість регіонів демонструє зростання кількості надавачів; найбільший приріст - у Дніпропетровській, Вінницькій та Харківській областях, а також м. Києві. Мінімальні показники - у Луганській, Херсонській

та Донецькій областях. Розрахований коефіцієнт кореляції ($r=0,87$; $p<0,05$) підтверджує стабільність територіального розподілу надавачів у динаміці.

У бюджеті ПМГ на 2025 р. для стаціонарної реабілітації передбачено 4,48 млрд грн, з яких 87 % отримали заклади комунальної власності.

Суми договорів із надавачами комунальної та державної власності зросли на 85,7 %, що відображає збільшення потреб у реабілітаційних послугах.

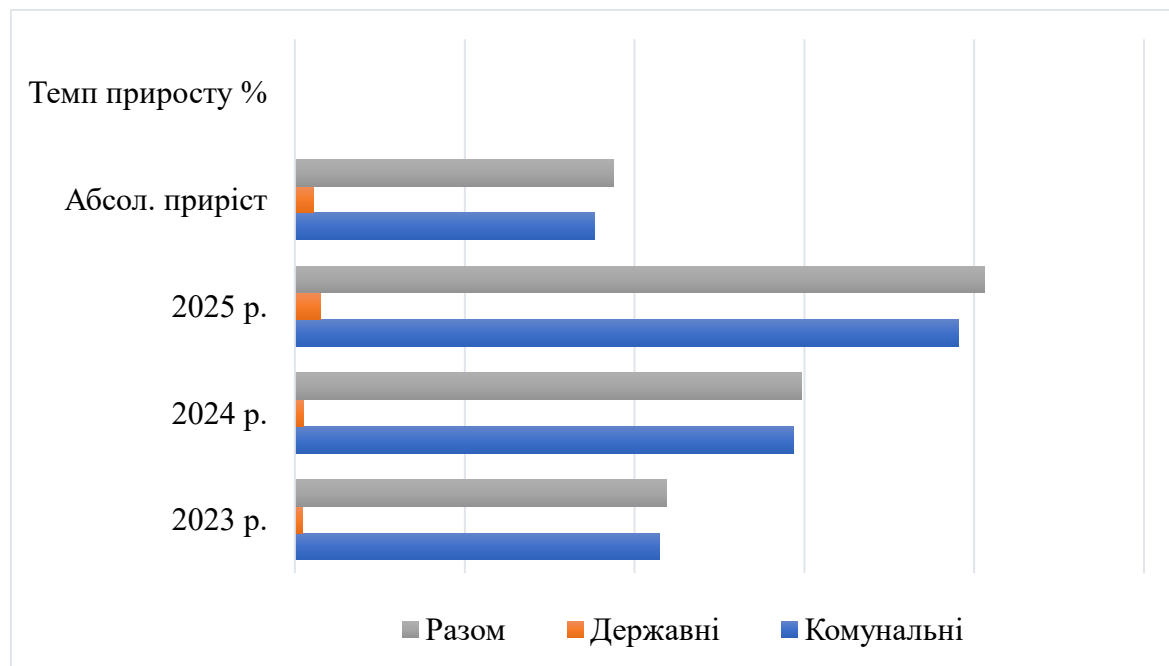


Рис.3.3. Динаміка сум договорів за пакетом стаціонарної реабілітації (2023-2025 рр.)

Станом на 01.01.2025 р. в Україні, згідно даних НСЗУ, у ЕСОЗ було зареєстровано 2576 лікар фізичної та реабілітаційної медицини, 2620 фізичних терапевтів, 2440 асистентів фізичних терапевтів, 1782 ерготерапевта, 1399 асистентів ерготерапевтів, 1251 спеціаліста психологічного профілю (лікарів-психотерапевтів, клінічних психологів, лікарів-психологів), 109 терапевтів мови і мовлення (логопедів). Порівняно із 2024 р. в Україні зміцнився кадровий потенціал реабілітаційної служби за всіма спеціальностями фахівців із реабілітації (рис.3.4).

У абсолютному виразі найбільш вагомо зросла чисельність лікарів фізичної та реабілітаційної медицини (+760 спеціалістів), фізичних терапевтів (+605), асистентів фізичних терапевтів (+ 874). Найшвидшими темпами зростала кількість асистентів ерготерапевтів (на 74.2%) та асистентів фізичних терапевтів (на 55.8%).

Але навіть на тлі позитивних динамічних тенденцій у чисельності фахівців із реабілітації в Україні продовжує існувати суттєвий дефіцит кадрів реабілітаційного профілю.

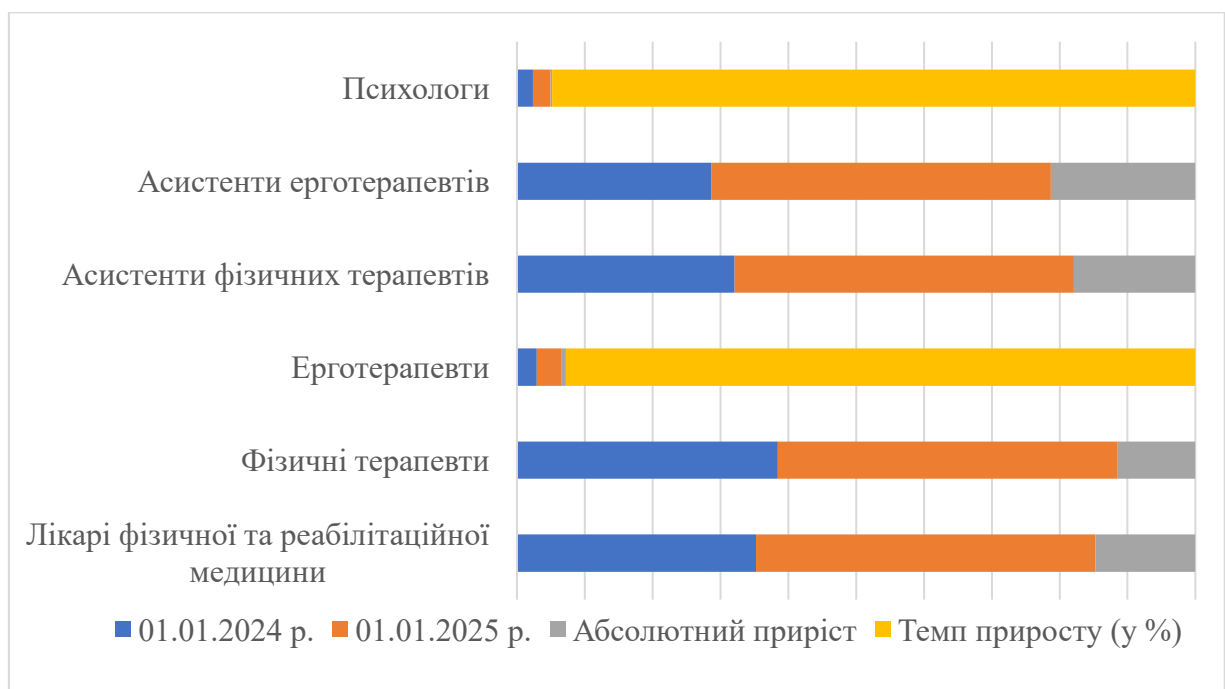


Рис.3.4.Кадровий потенціал реабілітаційної служби (медичний персонал зареєстрований у ЕСОЗ) (2024-2025 рр.).

Згідно із згаданими умовами НСЗУ щодо закупівлі медичних послуг із реабілітації у амбулаторних умовах, то у надавачів даного пакета на 2-х лікарів з фізичної та реабілітаційної медицини має бути передбачено 2-а фізичні терапевти, а у стаціонарних умовах на 2-х лікарів - 3-и фізичні терапевти. Тобто за існуючої кількості лікарів фізичної та реабілітаційної медицини чисельності фізичних терапевтів достатньо лише для надання реабілітаційної допомоги за ПМГ у амбулаторних умовах. А для забезпечення надання

реабілітаційної допомоги у стаціонарних умовах необхідно мати у 1.5 рази більше фізичних терапевтів.

Ще більш критичною є ситуація із ерготерапевтами, яких налічується лише 1782. Згідно із умовами НСЗУ щодо закупівлі медичних послуг із реабілітації, як у амбулаторних, так і стаціонарних умовах, у надавачів даних пакетів на 2-х лікарів з фізичної та реабілітаційної медицини має бути передбачено 2-а ерготерапевта (тобто співвідношення 1:1). Реально, це співвідношення становило 1:0.7. На існуючу кількість лікарів фізичної та реабілітаційної медицини слід мати 2576 ерготерапевтів (дефіцит - 794 фахівців).

Не вистачає спеціалістів для здійснення психологічної реабілітації. Згідно вимог НСЗУ, на одного лікаря з фізичної та реабілітаційної медицини має припадати один спеціаліст психологічного профілю (лікар-психотерапевт, клінічний психолог, лікар-психолог). За фактом на двох лікарів з фізичної та реабілітаційної медицини припадає один фахівець з психологічної реабілітації. На існуючу кількість лікарів фізичної та реабілітаційної медицини слід мати 2576 спеціалістів психологічного профілю (дефіцит - 1325 спеціалістів).

Найбільший дефіцит виявлений для терапевтів мови (логопедів). Співвідношення між лікарями з фізичної та реабілітаційної медицини і логопедами має бути 2: 1. Фактично це співвідношення становить 1:0.04. За існуючої кількості лікарів з фізичної та реабілітаційної медицини (2576) має бути 1288 логопедів (дефіцит 1179 спеціалістів).

Таким чином, здійснений нами аналіз чисельності фахівців (фізичних осіб), які мають входити до складу МДК виявив в Україні суттєвий дефіцит кадрів реабілітаційного профілю.

Виявлені вагомі відмінності у забезпечені реабілітаційними кадрами регіонів України (табл. 3.3.3). Найбільш потужним кадровий потенціал має м.

Київ, а також Дніпропетровська та Львівська області, за якими слідують Одеська та Харківська.

Таблиця 3.3.3.

Чисельність фахівців у регіонах України (станом на 01.01.2025 р.)

Територія	Лікар фізичної та реабілітаційної медицини	Фізичний терапевт	Ерго-терапевт	Асистент фізичного терапевта	Асистент ерготерапевта	Спец. психологічного проф.	Логопед
Вінницька	139	98	67	120	90	57	6
Волинська	85	106	74	108	62	19	0
Дніпропетровська	256	247	171	262	173	107	23
Донецька	37	40	26	47	14	40	8
Житомирська	82	80	63	96	55	58	7
Закарпатська	80	88	67	72	42	38	0
Запорізька	93	98	67	88	49	18	2
Ів-франківська	103	97	69	81	56	48	6
Київська	61	66	43	40	22	43	1
Кіровоградська	76	76	54	82	37	45	3
Луганська	22	16	17	12	3	14	1
Львівська	206	255	161	209	107	82	8
Миколаївська	48	58	32	28	24	30	2
Одеська	162	112	88	112	60	91	4
Полтавська	122	113	73	108	81	43	10
Рівненська	88	92	69	87	53	48	6
Сумська	101	141	85	75	49	60	2
Тернопільська	106	99	67	100	56	45	1
Харківська	158	154	100	151	85	78	2
Херсонська	9	16	14	16	4	10	0
Хмельницька	71	60	45	52	35	36	1
Черкаська	73	66	42	79	53	29	0
Чернівецька	82	91	64	75	59	59	1
Чернігівська	56	63	42	72	35	27	0
м. Київ	277	303	193	271	97	141	15
Україна	2576	2620	1782	2440	1399	1251	109

Регіональні відмінності суттєві: максимальна концентрація кадрів у м. Київ, Львівській, Дніпропетровській, Одеській та Харківській областях.

З метою вивчення впливу наявного кадрового потенціалу реабілітаційної служби на регіональну варіацію кількості укладених договорів із НСЗУ за 3-ма пакетами реабілітаційної допомоги, нами проведене спеціальне дослідження, у ході якого проаналізовано кореляційні зв'язки між кількістю лікарів фізичної та реабілітаційної медицини та кількістю надавачів реабілітаційної допомоги у регіональному розрізі, результати якого представлені у таблиці 3.3.4.

Проведений кореляційний аналіз підтвердив значущу залежність між чисельністю лікарів ФРМ та кількістю надавачів за всіма реабілітаційними пакетами.

Таблиця 3.3.4.

Кореляція між кількістю лікарів ФРМ та кількістю надавачів реабілітаційної допомоги

Назва пакету реабілітаційної допомоги	Коеф.парної кореляції (Пірсона), r	Коеф. детермінації R^2 (у %)	p
Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах	0.72	51.12	p<0.05
Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у амбулаторних умовах	0.89	80.02	p<0.05
Медична реабілітація немовлят, які народились передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя	0.87	76.24	p<0.05

Результати наведені у таблиці виявили достовірний прямий сильний кореляційний зв'язок між кількістю лікарів фізичної та реабілітаційної медицини та кількістю надавачів реабілітаційної допомоги дорослим та дітям

у стаціонарних умовах ($r=0.72$, $p<0,05$), у амбулаторних умовах ($r=0.89$, $p<0,05$), а також медичної реабілітації немовлятам ($r=0.87$, $p<0,05$) у регіонах України.

Згідно одержаних даних можна стверджувати, що регіональна варіація кількості надавачів реабілітаційної допомоги складає: 51.12% у стаціонарних умовах, 80.02% у амбулаторних умовах, та 76.24% реабілітації немовлят.

Тобто, кадровий потенціал корелює від 51 % до 80 %, а це означає, що саме забезпеченість фахівцями визначає можливість регіонів укласти договори з НСЗУ та забезпечувати доступність і безперервність реабілітаційної допомоги.

Незважаючи на збільшення кількості закладів і обсягів фінансування, система функціонує в умовах кадрового виснаження. Брак спеціалістів унеможлиблює повне виконання вимог ПМГ, обмежує розширення мережі послуг і поглиблює регіональні диспропорції. Зростання потреб населення підтверджує збільшення кількості реабілітаційних сеансів - з 3 тис. до 12 тис. на добу, що відображає високий попит і підсилює значення кадрового чинника.

3.4. Формування професійних компетентностей у фізичній та реабілітаційній медицині.

Особливістю сучасного кадрового забезпечення системи охорони здоров'я України є нагальна потреба в підготовці, перепідготовці та раціональному використанні медичних працівників у період воєнного стану, передусім фахівців реабілітаційного профілю. Це зумовлено зростаючим впливом несприятливих зовнішніх факторів та різким підвищенням потреби у кадрових ресурсах у сфері реабілітації. Внаслідок повномасштабної війни тисячі військових та цивільних щодня зазнають важких поранень і травм, що формує безпрецедентний попит на реабілітаційні послуги.

Розвиток людського капіталу у сфері реабілітації сьогодні є одним із ключових стратегічних напрямів. Поряд із гострим дефіцитом фахівців, значна частина спеціалістів, які вже працюють у реабілітаційних закладах, відділеннях та структурних підрозділах, потребує розширення професійних компетентностей та вдосконалення як базових, так і додаткових навичок.

Фізична та реабілітаційна медицина (ФРМ) у контексті допомоги постраждалим під час воєнних дій, а також проблема підготовки та раціонального розподілу кадрів на різних рівнях надання медичної допомоги, визначається одним із першочергових завдань системи охорони здоров'я та є невід'ємним компонентом науково-дослідної діяльності.

Проведене дослідження засвідчує, що національна система реабілітаційної допомоги вступила у нову фазу свого розвитку. Разом із тим зберігається низка проблем, подолання яких є необхідною умовою для повноцінного функціонування реабілітаційної системи на всіх рівнях надання медичної та профілактичної допомоги. Однією з ключових є дефіцит науково-педагогічних кадрів, відповідальних за підготовку фахівців із фізичної терапії та ерготерапії. Нестача викладачів уповільнює процедури ліцензування освітніх програм та ускладнює можливість швидкого забезпечення системи охорони здоров'я достатньою кількістю фахівців реабілітаційного профілю, що, своєю чергою, стримує вирішення кадрового дефіциту.

Важливим напрямом державної політики має стати уніфікація професійних стандартів, протоколів і кваліфікаційних вимог, а також розвиток освітніх програм підготовки і перепідготовки кадрів на базі закладів вищої освіти та клінічних тренінгових центрів. Особлива увага приділяється впровадженню системи безперервного професійного розвитку (БПР) для медичних працівників, що дозволяє підтримувати високий рівень професійної компетентності та впроваджувати новітні методи реабілітації.

Незважаючи на поступове розширення матеріально-технічної бази та відкриття нових центрів, чисельність кваліфікованих реабілітаційних фахівців

залишається критично недостатньою. Диспропорція між кількістю створених структур і наявністю підготовлених кадрів спричиняє ситуацію, коли новостворені відділення вимушені формувати мультидисциплінарні команди фактично «з нульового циклу». До того ж, аналіз компетентного рівня персоналу засвідчує наявність серйозних прогалин: значна частина фахівців не володіє компетенціями, передбаченими міжнародними стандартами ВООЗ сучасними методами командної взаємодії, а також цифровою грамотністю. Найгостріше ці проблеми проявляються в деокупованих та віддалених регіонах, де доступ до сучасних освітніх програм і професійного розвитку обмежений.

Підготовка реабілітаційних фахівців в Україні здійснюється на трьох освітніх рівнях - бакалаврському, магістерському та післядипломному. На рівні бакалаврату ключовою є спеціальність 227 «Фізична терапія, ерготерапія», яка була сформована відповідно до європейських освітніх стандартів. Однак її масштабування залишається недостатнім: за даними МОЗ України і МОН України, щорічний випуск становить близько 1 200–1 500 бакалаврів, що явно не задовольняє зростаючий попит на кадри в реабілітаційній сфері [41, 27, 118].

Магістерські програми забезпечують більш поглиблену професійну та науково-практичну підготовку, проте діють переважно в кількох провідних університетах країни (Київ, Львів, Харків, Дніпро). Проблемним аспектом залишається недостатній обсяг практичної підготовки: чимало студентів мають обмежений доступ до сучасної клінічної бази, технологічного обладнання та міждисциплінарних навчальних модулів. Це ускладнює формування компетентностей, необхідних для роботи у МДК, що є ключовою вимогою сучасної реабілітаційної практики.

Післядипломна освіта перебуває у фазі активного оновлення та розвитку. МОЗ спільно з міжнародними організаціями впроваджує програми підвищення кваліфікації для лікарів фізичної та реабілітаційної медицини,

фізичних і ерготерапевтів, логопедів, психологів [41, 54, 70, 132]. Водночас охоплення цих програм усе ще є обмеженим. За даними НСЗУ, потреба в кадрах із сучасними компетентностями перевищує наявну пропозицію у 2-2,5 рази, що вказує на неспроможність нинішньої системи освіти забезпечити повноцінне кадрове відновлення навіть за умов поступового збільшення кількості освітніх програм.

Одним із центральних викликів системи підготовки фахівців є недостатня стандартизація освітнього процесу. Попри формальне впровадження оновлених освітніх стандартів, значна частина програм і досі орієнтована на застарілу радянську модель «лікувальної фізкультури». Такий підхід не відповідає сучасним вимогам Всесвітньої організації охорони здоров'я ВООЗ та положенням МКФ, обмежень життєдіяльності та здоров'я (ICF) [59], що суттєво обмежує якість формування професійних компетентностей.

Концепція ICF передбачає цілісне, багатовимірне розуміння стану людини, що охоплює медичні, соціальні, психологічні й освітні аспекти. В українських освітніх програмах ці компоненти або представлені фрагментарно, або залишаються поверховими. Додатковою проблемою є недостатня кількість дисциплін, орієнтованих на опанування навичок доказової медицини, роботи з клінічними настановами, міжнародними протоколами та сучасними цифровими системами моніторингу реабілітації.

Суттєвим бар'єром у розвитку системи освіти є відсутність уніфікованої системи сертифікації та акредитації програм, що відповідали б міжнародним стандартам. У більшості європейських країн фахівці з фізичної терапії чи ерготерапії проходять обов'язкову сертифікацію, зокрема в рамках World Confederation for Physical Therapy, що гарантує високий рівень професійної кваліфікації. В Україні подібні механізми поки що не запроваджені, що ускладнює інтеграцію національних спеціалістів у міжнародні професійні спільноти та знижує довіру до якості вітчизняних освітніх програм.

Більшість освітніх програм не містить інтегрованих модулів, спрямованих на формування навичок командної взаємодії між представниками різних професій. Це призводить до зниження ефективності майбутньої клінічної практики, оскільки сучасний реабілітаційний процес передбачає комплексний підхід, де кожен фахівець виконує визначену роль у межах єдиного персоналізованого плану ведення пацієнта.

Вагомою проблемою залишається недостатній рівень міжвідомчої координації. Реабілітація є міжсекторальною сферою, яка інтегрує медичний, освітній і соціальний компоненти. Проте освітні програми для цих секторів розробляються автономно, без достатньої узгодженості. Наприклад, майбутні логопеди в рамках педагогічних спеціальностей не набувають достатнього досвіду взаємодії з медичними працівниками, тоді як фізичні терапевти рідко долучаються до опрацювання соціальних аспектів реабілітації, що є важливою складовою комплексної допомоги.

Міністерство охорони здоров'я України активно продовжує реалізацію ключового проєкту «Розвиток системи реабілітаційної допомоги» в рамках Національної стратегії зі створення без бар'єрного простору. Це ініціатива, покликана відповісти на виклики, що з'явилися через повномасштабну війну. Система реабілітаційної допомоги, орієнтована як на військові, так і цивільні потреби, функціонує завдяки Функціонуванню центрів досконалості.

У країні діє сім центрів досконалості, які займаються підвищенням кваліфікації МДК і впроваджують сучасні методи лікування. Вже із жовтня 2023 року, завдяки співпраці з ВООЗ, благодійними фондами та міжнародними партнерами, які провели понад 50 освітніх заходів для спеціалістів із різних реабілітаційних установ. З листопада 2023 року фахівці українських центрів досконалості проходили стажування в провідних медичних закладах Норвегії, Латвії, Німеччини, США, Данії, Японії, Словенії та Естонії. Це дозволило налагодити обмін досвідом і зміцнити міжнародну співпрацю.

Сучасні тенденції свідчать про поступовий перехід до компетентнісної моделі освіти, що орієнтована на практичні навички, командну взаємодію та доказову медицину [2, 6, 41]. Активно впроваджуються стимуляційні тренінги, дистанційні курси, а також формати змішаного навчання (*blended learning*) й перевернутого класу (*flipped classroom*). Це дозволяє поєднати навчання з практичною роботою у клінічних умовах.

Позитивним прикладом є спільні між університетські програми «мостового типу» (*bridge-type*), які діють у Польщі, Чехії, Литві, - вони дають змогу фахівцям з немедичною освітою отримати ступінь магістра у сфері охорони здоров'я та працювати у складі клінічних команд [6, 30]. Українські університети також починають впроваджувати подібні курси, проте поки що на рівні пілотних проєктів [40, 41].

Для подолання кадрового дефіциту та підвищення якості послуг необхідно: розширити мережу кафедр реабілітаційної медицини в регіональних медичних університетах; створити систему післядипломної підготовки для фахівців немедичного профілю, які працюють у сфері реабілітації; запровадити державні гранти та мотиваційні програми для молодих спеціалістів; формувати кадрові резерви в межах госпітальних кластерів, що поєднують освіту, практику та науку; цифровізувати облік і моніторинг кадрового складу через єдиний електронний реєстр.

3.5. Стратегічний потенціал і вразливості системи реабілітаційної допомоги: SWOT-підхід.

Метод SWOT-аналізу дає змогу комплексно оцінити сильні сторони галузі, виявити її обмеження, окреслити можливості розвитку та визначити зовнішні загрози, врахування яких є необхідним для формування ефективної кадрової та організаційної політики для подальшого стратегічного планування. [91, 130].

Сильні (S) і слабкі (W) сторони є факторами внутрішнього середовища об'єкта аналізу (тобто тим, на що сам об'єкт здатний вплинути); можливості (O) і загрози (T) є факторами зовнішнього середовища (тобто тим, що може вплинути на об'єкт ззовні і при цьому не контролюється об'єктом) [91, 151].

Аналіз дозволяє максимально повно і докладно оцінити можливості організації, спланувати працюючу модель виробництва. На основі проведеного аналізу формуються сильні сторони бізнесу, слабкі сторони бізнесу, загрози і можливості для розвитку організації. На основі SWOT аналізу формуються висновки про необхідні дії щодо оптимізації роботи організації. Результати проведеного нами аналізу представлені в таблиці 3.5.1.

Сильними сторонами SWOT аналізу сформованої системи РД, на думку науковців, є те, що в Україні: діє розгалужена мережа медичних закладів, які вже надають реабілітаційну допомогу; встановлено взаємодію між закладами охорони здоров'я, фондами соціального страхування, волонтерськими та благодійними організаціями тощо; забезпечено значну міжнародну підтримку в процесі лікування та реабілітації поранених військових і цивільних осіб; створено необхідну законодавчу базу та відпрацьовано алгоритми проведення реабілітаційних заходів; розроблено маршрути для пацієнтів, які проходять реабілітацію як в амбулаторних, так і в стаціонарних умовах.

Основним проблемами існуючої системи реабілітації в Україні згідно SWOT аналізу є: відсутність Національної стратегії реабілітації, яка б враховувала необхідність максимально ефективного залучення та раціонального використання ресурсів медичної галузі, а також інших структур, пов'язаних із соціальною сферою; нездатність системи охорони здоров'я України повністю задовольнити потреби населення у реабілітаційній допомозі; нестача кваліфікованих реабілітаційних фахівців, що унеможлиблює реалізацію повноцінної доказової реабілітації у ЗОЗ; недостатній рівень забезпечення реабілітаційних центрів та відділень медичних закладів необхідним матеріально-технічним устаткуванням,

особливо у тих, хто має договори з НСЗУ, що обмежує їх пропускну спроможність і зменшує кількість сеансів реабілітації, які можуть проводитися щодня; відсутність систематичного контролю за рівнем та якістю реабілітаційних послуг у ЗОЗ, а також аналізу медико-соціальної та соціально-економічної ефективності реабілітації; відсутність належного інформаційного забезпечення управління системою реабілітаційною допомогою, зокрема, не ведеться облік пацієнтів, які мають потребу у реабілітаційній допомозі [40, 41, 42, 43, 44, 45, 46].

Таблиця 3.5. 1

SWOT-аналіз системи реабілітації в Україні

СИЛЬНІ СТОРОНИ S	СЛАБКІ СТОРОНИ W
Розгалужена мережа медичних закладів, які вже надають реабілітаційну допомогу.	Відсутність Національної стратегії реабілітації, що інтегрувала б ресурси медичної та соціальної сфер.
Налагоджена взаємодія між закладами охорони здоров'я, фондами соціального страхування, волонтерськими та благодійними організаціями.	Нездатність системи охорони здоров'я повністю задовольнити потреби населення у реабілітації.
Значна міжнародна підтримка у процесі лікування та реабілітації поранених військових і цивільних осіб.	Дефіцит кваліфікованих реабілітаційних фахівців, що унеможливорює впровадження доказової реабілітації у ЗОЗ.
Наявність законодавчої бази та відпрацьованих алгоритмів проведення реабілітаційних заходів.	Недостатнє матеріально-технічне забезпечення реабілітаційних центрів, особливо закладів, які працюють за договором з НСЗУ.
Розроблені маршрути пацієнтів для амбулаторної та стаціонарної реабілітації.	Відсутність системного контролю якості реабілітаційних послуг та аналізу їх медико-соціальної й економічної ефективності.

Можливості (Opportunities) системи реабілітації в Україні згідно SWOT аналізу є: формування розвитку завдяки моделі госпітальних кластерів, яка дозволяє консолідувати ресурси та організовувати реабілітацію за принципом безперервного маршруту пацієнта; кластери забезпечують умови для формування мультидисциплінарних команд, концентрації кадрів та розвитку спеціалізованих центрів високої спроможності; цифровізація реабілітаційної сфери: впровадження електронних маршрутів, реєстрів реабілітації, телереабілітаційних сервісів та аналітичних платформ (E-Health, MedData); інтенсивний розвиток професійної освіти, зокрема участь українських установ у програмах ЄС і WHO, розвиток магістерських програм з фізичної терапії та ерготерапії, запуск програм перекваліфікації для немедичних фахівців .

Таблиця 3.5. 2

МОЖЛИВОСТІ (О)	ЗАГРОЗИ (Т)
Створення і впровадження Національної стратегії реабілітації відповідно до WHO Rehabilitation 2030.	Подальше поглиблення кадрового дефіциту внаслідок міграції та вигорання фахівців.
Розвиток госпітальних кластерів та центрів реабілітації, здатних забезпечити мультидисциплінарний підхід.	Обмеженість державного фінансування та нестабільність економічної ситуації.
Залучення міжнародних інвестицій, партнерств та програм підтримки.	Зростання потреби у реабілітації внаслідок воєнних дій та збільшення кількості осіб із інвалідністю.
Цифровізація реабілітаційних процесів: телереабілітація, електронні маршрути, електронний реєстр пацієнтів.	Руйнування інфраструктури внаслідок збройної агресії РФ, що зменшує доступність послуг.
Можливість створення національної системи моніторингу якості та ефективності реабілітації.	Регіональні диспропорції у доступі до реабілітаційних послуг, особливо у прифронтових областях.

Загрози (Threats) системи реабілітації в Україні згідно SWOT аналізу є: збройна агресія Росії - найсерйознішим зовнішнім фактором ризику є, що призводить до зростання кількості пацієнтів із бойовими травмами, руйнування інфраструктури та емоційного виснаження фахівців; воєнні дії також збільшують соціальну потребу в реабілітації, посилюють регіональну нерівність доступу до послуг; відтік кадрів за кордон є загрозою для системи, що посилюється економічними труднощами та низькою мотивацією молодих фахівців; нестача фінансування, оскільки відбудова медичної сфери вимагатиме значних ресурсів.

Висновки до розділу 3.

1. Аналіз кадрового забезпечення реабілітаційної допомоги в Україні у 2024-2025 рр. виявив стійкий та системний дефіцит фахівців майже за всіма ключовими професіями. Станом на 01.01.2025 р. в Україні офіційно зареєстровано 2 576 лікарів фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ), 2 620 фізичних терапевтів, 1 782 ерготерапевти, 2 440 асистентів фізичних терапевтів, 1 399 асистентів ерготерапевтів, 1 251 фахівця психологічного профілю та лише 109 логопедів. За рік найбільший приріст продемонстрували лікарі ФРМ (+41,9%), асистенти фізичних терапевтів (+55,8%) та асистенти ерготерапевтів (+74,2%), але дефіцит кадрів залишається критичним - для забезпечення потреби не вистачає понад 1 100 логопедів, близько 800 ерготерапевтів і понад 1 300 психологів.

2. Регіональні диспропорції зберігаються: максимальна концентрація кадрів у м. Київ (277 ФРМ, 303 фізичних терапевта), Дніпропетровській (256/247) та Львівській (206/255) областях, тоді як у Кіровоградській, Херсонській, Черкаській, Чернігівській, Закарпатській та Луганській - відсутність або мінімальна кількість логопедів та ерготерапевтів. Повна

відсутність лікарів ФРМ у Кіровоградській області, критично низькі показники у Херсонській (9) та Луганській (22) областях. Коефіцієнт сумісництва фахівців сягає 1,5–1,7, що свідчить про системну практику роботи на кількох посадах і перевантаження кадрів.

3. Понад 70% закладів працюють із застарілим обладнанням, модернізації потребують передусім районні та комунальні установи. Частка витрат, яку реально компенсує Програма медичних гарантій (ПМГ), складає лише 60–70% вартості курсу реабілітації. У 2024 р. державне фінансування реабілітаційних пакетів сягнуло 5,02 млрд грн (76,1% - комунальний сектор), а у 2025 р. - 6,94 млрд грн (87,2% комунальний сектор), що демонструє приріст на 38%. Кількість закладів, які надають стаціонарну реабілітацію, зросла з 286 у 2024 р. до 332 у 2025 р. (+16%). Середня кількість щоденних реабілітаційних сеансів збільшилась із 3 000 у 2022 р. до понад 12 000 у 2024 р.

4. У 2025 р. ПМГ охоплювала 508 закладів-реабілітологів (87,4% - комунальні), кількість надавачів стаціонарної реабілітації виросла на 41,3% (235 у 2023 р. - 332 у 2025 р.). Найбільше розширення мережі - у Харківській (+133,3%), Хмельницькій (+140%) та Вінницькій (+69,2%) областях. Бюджетний приріст фінансування стаціонарної реабілітації у комунальних закладах за 2023–2025 рр. склав 82,2%.

5. В Україні щороку випускається близько 1 200 - 1 500 бакалаврів з фізичної терапії та ерготерапії, але це покриває не більше половини зростаючих кадрових потреб. Питома вага фахівців, що не мають практичних навичок, лишається високою. Дефіцит науково-педагогічних кадрів сповільнює ліцензування нових програм. Потреба у фахівцях із сучасними компетенціями у 2-2,5 рази перевищує обсяги підготовки. В країні функціонує лише сім центрів досконалості, які охоплюють незначну частину МДК.

6. SWOT-аналіз показав, що, попри наявність мережі закладів, законодавчої бази та міжнародної підтримки, стратегічними вразливостями системи є: кадровий дефіцит (понад 50% логопедів і 40% ерготерапевтів

відсутні у більшості регіонів); матеріально-технічна відсталість; нестача фінансування; освітні дисбаланси; відтік кадрів.

Сильними сторонами системи є розгалуженість мережі, впровадження цифрових сервісів, участь у міжнародних програмах і розвиток кластерної моделі. Проте потреба у реабілітації стрімко зростає через війну: кількість госпітальних поранених збільшується на десятки тисяч щороку, що вимагає не лише кадрового, а й інфраструктурного та інноваційного оновлення всієї галузі.

Результати досліджень даного підрозділу наведені у наступних публікаціях:

1. **Пожевілова А.А.,** Михальчук В.М. Реабілітаційна допомога у програмі медичних гарантій та проблеми її кадрового забезпечення. Лікарська справа 3(1172) 2024 С.23-31. [DOI: https://doi.org/10.31640/LS-2024-4-02](https://doi.org/10.31640/LS-2024-4-02)

2. **Пожевілова А. А.,** Пожевілова К.В., Безперервний професійний розвиток лікаря-стоматолога (2021) [] / К. Пожевілова // Oral and General Health. - 2021. - Т. 2, № 4. С. 42-45 .[DOI: //doi.org/10.22141/ogh.2.4.2021.251148](https://doi.org/10.22141/ogh.2.4.2021.251148)

3. **Пожевілова А.А.** Актуальні кадрові проблеми забезпечення реабілітаційної допомоги в межах госпітальних кластерів. Науково-практичної конференції з міжнародною участю «Проблеми управління суспільним розвитком в умовах криз та після кризового відновлення» м. Київ, НУОЗ України імені П. Л. Шупика, 2024. С.128-131.

4. **Пожевілова А.А.** Трансформація реабілітаційної допомоги умовах військового стану в Україні. X International Scientific and Practical Conference «science and technology: challenges, prospects and innovations» Осака, Японія, 2025. С 197-201. [DOI:https://sci-conf.com.ua](https://sci-conf.com.ua)

РОЗДІЛ 4. АНАЛІЗ СОЦІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ.

4.1. Методика оцінки кадрового потенціалу реабілітаційної допомоги в межах госпітального кластера.

З метою проведення аналізу кадрового забезпечення було розроблено та апробовано оригінальний авторський метод оцінювання кадрового потенціалу реабілітаційної служби України.

Методичний апарат оцінювання кадрового потенціалу реабілітаційної служби в межах госпітального кластера формується з урахуванням комплексної природи кадрових процесів у системі охорони здоров'я та необхідності інтегрованого аналізу кількісних, якісних і функціональних характеристик персоналу. З огляду на специфіку реабілітаційної допомоги, яка передбачає міждисциплінарну взаємодію та потребує збалансованого співвідношення спеціалістів різних професійних груп, оцінювання кадрової спроможності кластера має спиратися на поєднання клінічних вимог, управлінських критеріїв та соціально-демографічних параметрів.

Запропонований підхід ґрунтується на систематизації даних з офіційної статистики, інформаційно-аналітичних ресурсів сфери охорони здоров'я та результатів спеціально проведеного соціологічного опитування фахівців реабілітаційних центрів. Відповідно, методика оцінювання охоплює: (1) визначення складу джерел даних і їх структурних характеристик; (2) формування системи індикаторів кадрової забезпеченості та функціональної відповідності; (3) розроблення інтегрального індексу кадрової спроможності; (4) інтерпретацію кадрових показників у контексті потреб госпітального кластера.

Оцінка кадрового потенціалу реабілітаційної служби є неможливою без репрезентативної та методичної узгодженої інформаційної бази. У межах

даного дослідження використано три групи джерел, що взаємодоповнюють одна одну, забезпечуючи повноту аналітичного поля.

Перша група включає офіційні статистичні дані Міністерства охорони здоров'я України (форми № 20, № 17, галузеві звіти «Медичні кадри»), які містять структуровану інформацію про кількість штатних посад, фактичну укомплектованість, вікову диференціацію, територіальні відмінності та динаміку змін кадрового забезпечення. Ця група джерел забезпечує об'єктивність оцінки, оскільки дані формуються у стандартизованому форматі та мають офіційний характер.

Друга група джерел представлена аналітичними даними Національної служби здоров'я України. Вони відображають обсяг і структуру надавачів реабілітаційних послуг, динаміку підписання договорів за відповідними пакетами, а також фактичну відповідність кадрової структури вимогам специфікацій НСЗУ. Ці дані дозволяють співвідносити нормативні параметри з реальним кадровим забезпеченням у конкретних закладах та госпітальних кластерах.

Третя група охоплює результати соціологічного опитування 2025 року (205 респондентів), проведеного серед фахівців реабілітаційних установ та керівників кластерних структур. Цей масив даних слугує для ідентифікації суб'єктивних оцінок кадрової ситуації, мотиваційних чинників, бар'єрів професійного розвитку та очікувань щодо організації праці.

Для забезпечення об'єктивності проведеного аналізу доцільно систематизувати використані джерела даних та визначити їхній аналітичний потенціал. Таке структурування дає змогу сформувати узгоджену інформаційну базу дослідження та обґрунтувати вибір методичної тріангуляції. Узагальнений перелік джерел подано в Таблиці 4.1.1.

Подана таблиця 4.1.1 систематизує три ключові групи джерел, використаних у дослідженні, та демонструє їх взаємне доповнення. Логіка структурування відповідає вимогам методичної тріангуляції: офіційна

статистика забезпечує кількісну основу аналізу, аналітичні панелі НСЗУ дають можливість співвідносити реальні кадрові структури з нормативними специфікаціями, а соціологічне опитування дозволяє інтерпретувати кадрові показники в контексті мотиваційних та організаційних особливостей функціонування реабілітаційних команд.

Таблиця 4.1.1

Структура джерел даних, використаних для оцінки кадрового потенціалу реабілітаційної служби госпітального кластера.

Група джерел	Зміст даних	Аналітичні можливості
Офіційна статистика МОЗ (Форма № 20, Форма № 17, статистичні збірники 2021-2024 рр.)	Чисельність штатних посад і фактично зайнятих ставок; віковий склад; розподіл за регіонами; укомплектованість; співвідношення лікарів і середнього персоналу	Оцінка динаміки кадрових ресурсів; визначення регіональних диспропорцій; розрахунок базових коефіцієнтів забезпеченості
Аналітичні панелі НСЗУ (пакети реабілітації 2021-2024 рр.)	Кількість надавачів послуг за пакетами реабілітації; структура укладених договорів; відповідність кадрових вимог наказам НСЗУ	Визначення ступеня відповідності складу команд вимогам; оцінка географічної доступності та розвитку сфери
Соціологічне опитування фахівців (2025 р.)	Оцінка кадрових умов, навантаження, мотивації, професійних потреб, бар'єрів; порівняння оцінок лікарів та керівників	Інтерпретація статистичних даних; виявлення прихованих кадроризиків; формування якісної картини стану реабілітаційних команд

Використання трьох незалежних груп джерел дає змогу здійснити методологічну триангуляцію, яка забезпечує не лише достовірність результатів, а й можливість виявлення причинно-наслідкових зв'язків між фактичним

кадровим потенціалом, організаційними практиками та функціональною готовністю реабілітаційного кластера до виконання своїх завдань.

Для комплексної оцінки кадрового потенціалу застосовано систему індикаторів, що охоплює кількісні, структурні, функціональні та організаційні характеристики кадрових ресурсів. Зазначена система є необхідною для отримання узагальненої оцінки кадрової спроможності в умовах зростання потреб у реабілітаційних послугах, зумовлених воєнними подіями, збільшенням кількості пацієнтів з травмами та інвалідністю, а також із посиленням вимог до МДК взаємодії.

1. Кількісні показники забезпеченості кадрами.

До цієї групи належать: забезпеченість лікарями фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ) у розрахунку на 10 тис. населення; забезпеченість фізичними терапевтами, ерготерапевтами та психологами на 10 тис. населення; співвідношення лікарів і середнього персоналу в реабілітаційних відділеннях; кількість ставок у кожному з професійних напрямів та ступінь їх фактичної укомплектованості. Зазначені показники дозволяють оцінити базовий рівень кадрового ресурсу та виявити регіональні диспропорції.

2. Структурні показники збалансованості МДК.

Оскільки реабілітаційна допомога передбачає командну взаємодію, до оцінки включено індикатори, що характеризують внутрішню структуру персоналу: співвідношення «лікар ФРМ: фізичний терапевт: ерготерапевт»; частка немедичних фахівців у складі команд; відповідність складу команди вимогам специфікацій НСЗУ.

Оцінювання структурної збалансованості МДК вимагає зіставлення фактичної укомплектованості з нормативними вимогами НСЗУ. Таке порівняння дозволяє виявити критичні кадрові диспропорції, що впливають на здатність клінічних команд забезпечувати повний реабілітаційний маршрут. Результати цього зіставлення подано в Таблиці 4.1.2.

Таблиця 4.1.2

**Порівняння нормативного та фактичного складу МДК у
реабілітаційних закладах (2023-2024 рр.)**

Показник	Норма НСЗУ (амбулаторна, стаціонарна реабілітація)	Фактично (за даними 2023-2024 рр.)	Відхилення
Співвідношення лікар ФРМ : фізичний терапевт	1 : 1	1 : 0,38	62% від нормативно го рівня
Співвідношення лікар ФРМ : ерготерапевт	1 : 1	1 : 0,17	83% від нормативно го рівня
Наявність клінічного психолога у команді	Обов'язкова	Укомплектованість 72% (посади)	28%
Наявність психотерапевта	Рекомендована	Укомплектованість 88%	
Логопед/спеціаліст мовлення	Обов'язкова для НМД	Дані відсутні / фрагментарні	

Представлена таблиця відображає суттєві структурні диспропорції між нормативним складом МДК та реальною укомплектованістю відповідних посад. Найбільш критичними є відхилення за фахами фізичного терапевта та ерготерапевта, що знижує функціональну здатність команд виконувати комплексні реабілітаційні протоколи. Достатність посад психологів і психотерапевтів коливається залежно від регіону, що формує нерівні можливості доступу до психосоціальної підтримки. Таблиця підтверджує потребу переорієнтації кадрової політики на розвиток немедичних фахівців.

Наявний дисбаланс, зафіксований статистичними даними, безпосередньо впливає на здатність кластера забезпечувати повний реабілітаційний маршрут.

3. Показники функціонального навантаження

Показники навантаження є ключовими для оцінювання можливостей персоналу виконувати покладені функції, до них належать: коефіцієнт

сумісництва (відображає реальне навантаження одного фахівця); середня кількість пацієнтів на одного спеціаліста; співвідношення кількості пацієнтів до кількості ставок. Ця група показників дає змогу оцінити ступінь кадрового напруження та ризику професійного вигорання.

Для комплексного розуміння кадрової спроможності необхідно враховувати не лише структурні параметри, а й показники фактичного функціонального навантаження фахівців. Аналіз цих індикаторів дає змогу оцінити глибину кадрового напруження та визначити потенційні ризики нестабільності у реабілітаційних командах. Основні параметри навантаження узагальнено в Таблиці 4.1.3.

Таблиця 4.1.3.

**Функціональне навантаження та структурні ризики кадрової
нестабільності (2023-2024 рр.)**

Показник	Значення	Інтерпретація
Коефіцієнт сумісництва лікарів ФРМ	1,2	20% ставок перекривається за рахунок сумісництва
Коефіцієнт сумісництва фізичних терапевтів	1,5	50% додаткового навантаження на одного фахівця
Коефіцієнт сумісництва ерготерапевтів	1,7	70% перевищення штатного навантаження
Частка лікарів пенсійного віку (всі спеціальності)	25,3%	Кадровий ризик довгострокової нестабільності
Укомплектованість посад фізичних терапевтів	71,9%	Критичний дефіцит на рівні країни
Укомплектованість посад ерготерапевтів	61,2%	Найнижчий показник у МДК

Показники свідчать про суттєве перевантаження реабілітаційних фахівців. Особливо проблемними є фахи фізичного терапевта та ерготерапевта, для яких коефіцієнти сумісництва досягають 1,5-1,7, що означає значне збільшення навантаження та ризику професійного вигорання. Значна частка пенсіонерів у лікарському корпусі створює довгострокові

загрози кадрової стійкості. Таблиця підкреслює необхідність комплексних кадрових інтервенцій.

4. Соціально-демографічні показники кадрового ресурсу

До них належать: віковий склад кадрів; категорійність фахівців і рівень професійної підготовки; частка молодих фахівців та їх регіональний розподіл.

Надмірна частка лікарів старших вікових груп або низька частка фахівців із кваліфікаційними категоріями свідчать про зниження кадрової стійкості та потребу в інституційному оновленні.

Кількісні індикатори кадрової забезпеченості дають можливість оцінити базовий рівень розвитку реабілітаційної служби в динаміці та виявити ключові тенденції кадрового зростання. Особливу значущість становить порівняння даних за 2021-2024 роки, що відображають трансформацію кадрової структури у відповідь на воєнні виклики. Зведену динаміку основних професійних груп наведено в Таблиці 4.1.4.

Таблиця 4.1.4.

Динаміка кадрових ресурсів реабілітаційної служби України (2021-2024 рр.)

Показник	2021	2022	2023	2024	Динаміка 2021-2024 (%)
Лікарі ФРМ (фізичні особи)	212	463	971	1472	+594,3%
Штатні посади лікарів ФРМ	248,5	539,5	1141,4	1592,0	+540,4%
Фізичні терапевти (фізичні особи)	148	221	369	(фактично без значного приросту за даними 2024)	+149,3%
Ерготерапевти (фізичні особи)	54	101	171		+216,6%
Психологи клінічні(посади)	1 325,3	1 398,6	1 535,8	1 612,4	+21,6%

Продовження таблиці 4.1.4

Посади психотерапевтів	61,3	68,4	74,5	79,0	+28,9%
Фізичні терапевти (фізичні особи)	148	221	369	(фактично без значного приросту за даними 2024)	+149,3%

Зведені дані демонструють суттєве збільшення чисельності лікарів фізичної та реабілітаційної медицини протягом 2021-2024 рр., що пов'язано з прискореним формуванням нового професійного напрямку в умовах воєнних потреб.

Одночасно дані щодо фізичних терапевтів і ерготерапевтів свідчать про помірне, але недостатнє зростання, що створює дисбаланс у складі МДК. Відносно стабільне збільшення посад психологів відображає зростаючу потребу у психосоціальній підтримці пацієнтів у період війни й післявоєнного відновлення. Порівняльна динаміка підтверджує нерівномірність розвитку окремих кадрових груп та формує підґрунтя для подальшої оцінки структурних диспропорцій.

Для узагальнення зазначених показників та отримання кількісної оцінки кадрової готовності госпітального кластера до надання реабілітаційних послуг запропоновано ввести Інтегральний індекс кадрової спроможності реабілітаційного кластера (ІКСР). Його методологічна логіка базується на багатовимірній природі кадрових ресурсів та потребі сформулювати єдину метрику для порівняння різних кластерів чи окремих періодів.

Формування ІКСР потребує чіткої структуризації блоків та індикаторів, що утворюють його зміст. Таке представлення дозволяє забезпечити прозорість методики розрахунку та уніфікувати підхід до порівняння різних

госпітальних кластерів. Структурну модель інтегрального індексу подано в Таблиці 4.1.5.

Таблиця 4.1.5

Структура інтегрального індексу кадрової спроможності (ІКСР).

Блок	Складові індикатори	Міра оцінки	Метод нормування
Кількісний блок	Забезпеченість фахівцями; укомплектованість ставок; співвідношення лікар/пацієнт	Значення показника в абсолютних величинах	Поділ на максимальне значення у вибірці
Структурний блок	Співвідношення ФРМ : ФТ : ЕТ; наявність психолога; відповідність складу МДК специфікаціям НСЗУ	Факт/норма (0; 1)	Бінарне або пропорційне нормування
Блок кадрової стабільності	Частка сумісників; частка лікарів пенсійного віку; частка молодих кадрів; рівень ротації	% від загальної чисельності	Лінійне нормування

Схема ІКСР:

Індекс складається з трьох блоків:

1. Кількісний блок: забезпеченість базовими фахівцями; укомплектованість ставок; достатність персоналу щодо загального навантаження.
2. Структурний блок: збалансованість МДК; частка фахівців немедичних спеціальностей у складі команд; відповідність складу команди нормативам.
3. Блок кадрової стабільності: частка ставок, зайнятих за сумісництвом; частка фахівців пенсійного віку; частка молодих фахівців; рівень ротації персоналу.

Кожен блок може бути нормований у межах від 0 до 1, після чого обчислюється зважена середня величина. Такий підхід дозволяє отримати інтегральний показник, який відображає загальну кадрову готовність реабілітаційного кластера.

Аналітичне значення ІКСР.

Введення інтегрального індексу дозволяє: здійснювати міжкластерні порівняння; проводити моніторинг змін у динаміці; обґрунтовувати управлінські рішення щодо кадрового доукомплектування; формувати прогностичні моделі кадрової стабільності.

Таким чином, ІКСР виступає важливим елементом аналітичного інструментарію, який надає кількісне підґрунтя для стратегічного планування розвитку реабілітаційної служби.

Оцінка кадрової спроможності кластера передбачає послідовне застосування методів порівняльного, структурного, функціонального та причинно-наслідкового аналізу. У цьому контексті логіка інтерпретації ґрунтується на таких аналітичних положеннях:

1. Кількісні показники формують базову характеристику кадрових ресурсів, однак не відображають ефективності їх використання.
2. Структурні дисбаланси в складі мультидисциплінарних команд є ключовим предиктором неповного охоплення пацієнтів реабілітаційними послугами.
3. Показники навантаження демонструють приховані кадрові ризики, які не фіксуються у класичних статистичних формах.
4. Соціально-демографічні параметри визначають довгострокову кадрову стійкість та здатність кластера реагувати на зростаючі потреби в реабілітації в умовах війни та післявоєнного відновлення.

Застосована методика дозволяє комплексно оцінити кадровий потенціал госпітального кластера, враховуючи не лише формально-статистичні дані, але й функціональні характеристики та суб'єктивні оцінки фахівців. Сукупність проаналізованих індикаторів створює підґрунтя для подальшого дослідження структури реабілітаційних установ регіону, оскільки саме організаційна конфігурація закладів визначає реальні можливості інтеграції кадрів, формування МДК та розподілу функціонального навантаження.

4.2. Системний аналіз інфраструктурної готовності госпітальних кластерів.

У сучасних умовах реформування системи охорони здоров'я України одним із ключових напрямів стає розвиток ефективної системи реабілітації, заснованої на принципах доказової медицини, мультидисциплінарності та пацієнтоорієнтованості. Центральним елементом цього процесу є професійна підготовка та кадрове забезпечення фахівців реабілітаційної сфери, що визначають якість і доступність послуг для населення.

Військові дії, різке зростання кількості поранених та осіб із втратою функціональних можливостей зумовили безпрецедентний попит на кваліфіковані кадри в галузі реабілітації. Нестача лікарів фізичної та реабілітаційної медицини, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, логопедів і психологів значно ускладнює реалізацію державних гарантій реабілітаційної допомоги.

Водночас створення нових освітніх програм і стандартів, запровадження міждисциплінарних підходів та розвиток системи безперервного професійного розвитку відкривають нові можливості для формування кадрових резервів галузі. Професійна підготовка фахівців для реабілітаційної сфери має охоплювати не лише базові медичні та біопсихосоціальні знання, а й розвиток навичок міждисциплінарної взаємодії, лідерства, комунікації, роботи з пацієнтами з різними функціональними обмеженнями.

Відповідно до вимог НСЗУ та Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [62], підготовка фахівців має здійснюватися на засадах компетентнісного, інтегрованого та практикоорієнтованого підходів.

Формування ефективного кадрового потенціалу залежить від належної підготовки, мотивації та системи безперервного професійного розвитку. Вивчення думок фахівців і керівників реабілітаційних закладів дозволяє визначити ключові проблеми й можливі напрями удосконалення кадрової

політики у сфері реабілітації. Створення кадрових стратегій на рівні регіонів, госпітальних кластерів і закладів охорони здоров'я є запорукою стійкого розвитку реабілітаційної системи та підвищення її ефективності.

У межах даного дослідження кадровий потенціал реабілітаційної служби трактується як сукупність кількісних та якісних характеристик фахівців, необхідних для забезпечення реабілітаційних послуг відповідно до стандартів НСЗУ, МОЗ України та ВООЗ [1, 21, 23, 62]. Під МДК розуміється інтегрована група спеціалістів (лікар ФРМ, фізичний терапевт, ерготерапевт, логопед, психолог), діяльність яких координується відповідно до індивідуального реабілітаційного плану пацієнта. Такий підхід забезпечує цілісність, безперервність та результативність реабілітаційної допомоги, формуючи основу сучасної моделі організації реабілітаційної системи.

Організаційна структура реабілітаційних установ госпітального кластера відображає ступінь функціональної готовності кластера забезпечувати повний реабілітаційний маршрут відповідно до сучасних клінічних стандартів та потреб населення в умовах воєнного та післявоєнного періоду. Формування мережі реабілітаційних закладів відбувається під впливом низки системних чинників, серед яких: демографічні характеристики регіону, інтенсивність міграційних процесів, стан безпекового середовища, кадрова забезпеченість основних спеціальностей, матеріально-технічні можливості закладів охорони здоров'я та вимоги, установлені Національною службою здоров'я України.

Для ідентифікації структурного складу реабілітаційної мережі необхідно здійснити узагальнення її організаційних характеристик за рівнями спеціалізації та функціональним призначенням. Це дозволяє визначити місце кожного типу закладу в реабілітаційному маршруті та встановити наявні інфраструктурні зв'язки. Узагальнені результати подано в таблиці 4.2.1.

Таблиця 4.2.1.

Типи реабілітаційних установ та їх функціональні характеристики.

Тип закладу	Основні функції	Рівень допомоги	Ключові ресурси
Стаціонарні реабілітаційні відділення багатoproфільних лікарень	Інтенсивна спеціалізована реабілітація, нейрореабілітація, посттравматичні програми	Кластерний/Надкластерний	Лікар ФРМ, фізичний терапевт, ерготерапевт, обладнання для інтенсивних програм
Амбулаторні центри реабілітації	Довготривала реабілітація, підтримка функціональної незалежності, контроль динаміки	Кластерний	МДК, фізіотерапія, зали ЛФК
Центри комплексної реабілітації	Медична, психологічна та соціальна реабілітація; мультикомпонентні програми	Кластерний / Соціальний	Психолог, соціальний працівник, ЛФК, ерготерапія
Спеціалізовані заклади фізичної терапії та ерготерапії	Спеціалізована інтенсивна терапія, індивідуальні програми	Кластерний	Фізичний терапевт, ерготерапевт, індивідуальне обладнання
Первинна медична допомога (ЦПМСД, амбулаторії)	Первинне виявлення порушень, направлення до реабілітації	Первинний	Лікар ЗПСМ, базовий скринінг

Таблиця структурує типологію реабілітаційних установ, що функціонують у межах дослідження, та демонструє їх взаємодоповнюваність у межах реабілітаційної мережі. Стаціонарні відділення забезпечують найбільш інтенсивні програми, тоді як амбулаторні центри відповідають за тривале відновлення та підтримку функціонального рівня.

Центри комплексної реабілітації виконують роль мультикомпонентних установ, а первинна ланка формує первинний тріаж та маршрутизацію. Таким

чином, мережа має структурно завершений характер, однак її ефективність залежить від кадрової наповненості та територіальної рівномірності.

Структура функціональних підрозділів реабілітаційних закладів визначає можливості надання послуг різного рівня інтенсивності та складності. На основі аналізу завантажених статистичних форм та установчих документів реабілітаційних центрів виявлено, що типовими структурними компонентами реабілітаційних установ є: підрозділи фізичної та реабілітаційної медицини; кабінети фізичної терапії; кабінети ерготерапії; кабінети психологічної допомоги; підрозділи логопедичної корекції та роботи з порушеннями мовлення; фізіотерапевтичні кабінети; зали механотерапії та роботизованої кінезотерапії.

Ключовою одиницею реабілітаційного процесу виступає мультидисциплінарна команда (МДК). Склад МДК регламентується специфікаціями НСЗУ та сучасними стандартами ВООЗ, що передбачають обов'язкову участь лікаря ФРМ, фізичного терапевта, ерготерапевта, психолога, логопеда, фахівця з соціальної роботи та інших спеціалістів залежно від профілю пацієнта.

На основі статистичних даних за 2024-2025 рр. щодо лікарів фізичної та реабілітаційної медицини та ліжковий фонд у закладах охорони здоров'я встановлено, що у досліджуваному регіоні спостерігається: недостатня укомплектованість ерготерапевтами (61,2 %); перевантаженість фізичних терапевтів (коефіцієнт сумісництва - 1,5); часткова відсутність логопедів та фахівців з мовлення у сільській місцевості; нерівний розподіл психологів між міськими і сільськими громадами.

Такі структурні диспропорції безпосередньо впливають на якість реалізації реабілітаційного маршруту, зокрема на обсяг індивідуальних планів, частоту занять та строки реабілітації.

З огляду на важливість мультидисциплінарного підходу, доцільно узагальнити фактичну структурну укомплектованість підрозділів та фахівців у

розрізі основних складових реабілітаційного процесу. Це дозволяє визначити ключові кадрові та організаційні вузькі місця, які впливають на якість реабілітаційної допомоги.

Представлені дані в таблиці 4.2.2. свідчать про наявність системних диспропорцій між нормативними вимогами та фактичною кадровою укомплектованістю реабілітаційних підрозділів.

Найбільш критичними є спеціальності фізичного терапевта та ерготерапевта, що формують ядро реабілітаційного процесу. Водночас укомплектованість лікарями ФРМ є відносно достатньою.

Таблиця 4.2.2.

**Функціональні підрозділи та склад мультидисциплінарних команд
у реабілітаційних установах**

Компонент структури	Норма/вимоги НСЗУ	Фактичний стан (за даними регіону)	Узагальнений висновок
Відділення ФРМ	Обов'язкова наявність лікаря ФРМ	97 % закладів забезпечені лікарем ФРМ	Система стабільна на рівні лікарів
Фізична терапія	≥ 1 фахівець на 1 лікаря ФРМ	Співвідношення 1:0,38; коефіцієнт сумісництва 1,5	Значний кадровий дефіцит
Ерготерапія	≥ 1 фахівець на 1 лікаря ФРМ	Співвідношення 1:0,17; укомплектованість 61,2 %	Критичний дефіцит фахівців
Психологічна допомога	Обов'язкова	Укомплектованість 72 %	Помірний дефіцит
Логопедія	Рекомендовано	У більшості громад відсутня	Необхідне доукомплектування
Фізіотерапія	Обов'язкова	Наявна в усіх міських установах	Відсутня у частині госпітальних кластерів

Значний дефіцит логопедів та психологів у сільських громадах підтверджує територіальну нерівномірність доступу до послуг. Таблиця вказує

на необхідність системного кадрового планування на рівні госпітального кластера.

Виявлені кадрові розриви свідчать про те, що проблематика реабілітаційної спроможності формує багаторівневу причинно-наслідкову структуру. По-перше, недостатня укомплектованість ключових спеціальностей - фізичних терапевтів, ерготерапевтів та логопедів безпосередньо обмежує можливість закладів виконувати повний цикл реабілітаційних втручань відповідно до стандартів та пакетів НСЗУ. По-друге, нерівномірність розподілу фахівців між міськими й сільськими громадами посилює територіальну нерівність доступу до послуг. По-третє, висока частка сумісництва, характерна для окремих спеціальностей, свідчить про компенсацію кадрового дефіциту за рахунок інтенсивності праці, що знижує якість міждисциплінарної взаємодії та збільшує ризики професійного вигорання. Таким чином, кадрова диспропорція виступає системним бар'єром для реалізації реабілітаційних маршрутів та формування стійкої мультидисциплінарної моделі допомоги.

На основі аналізу статистичних форм «№ 17» можливо виділити три типи територіальних зон: зона високої концентрації ресурсів - обласний центр, великі міські лікарні; зона середньої доступності - міста районного рівня; зона низької доступності - сільські громади.

Для візуалізації просторових диспропорцій доступності реабілітаційних послуг доцільно використати графічне подання, яке дає змогу порівняти кількість закладів у різних зонах доступності. Рис. 4.1. ілюструє нерівномірність розподілу реабілітаційних установ між зонами високої, середньої та низької доступності.

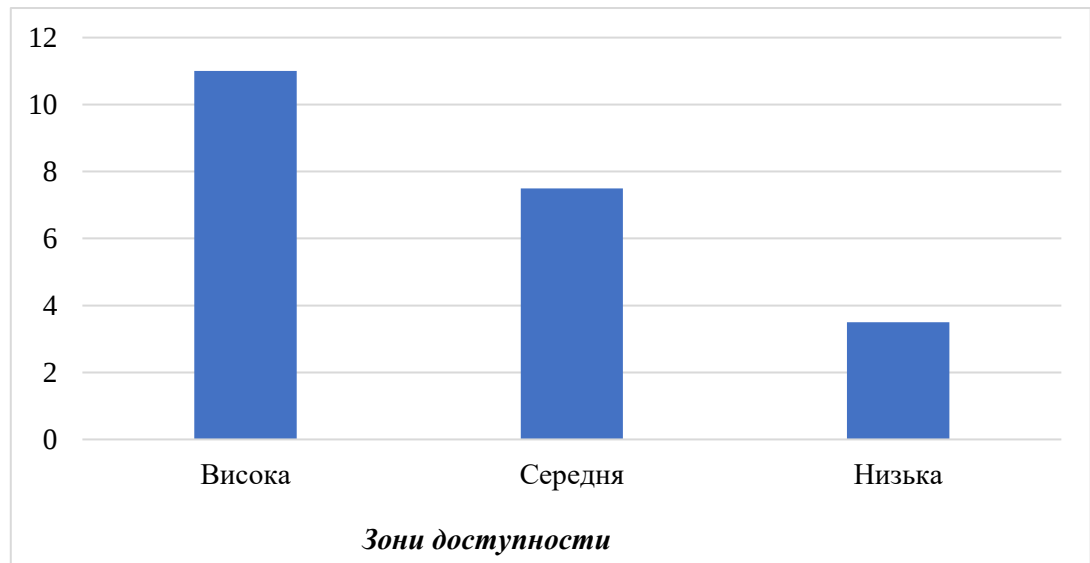


Рис. 4.1 Територіальна нерівномірність забезпеченості реабілітаційними послугами.

Діаграма демонструє суттєву нерівномірність просторової доступності реабілітаційних послуг: найбільша концентрація закладів спостерігається у зоні високої доступності (12 закладів), що охоплює обласні центри та міста з розвинутою лікарняною інфраструктурою. Зона середньої доступності включає 7 закладів, що відповідає рівню міст районного значення. Найменша кількість реабілітаційних установ - лише 3 - представлена у зоні низької доступності, яка охоплює сільські громади. Така диспропорція підтверджує необхідність посилення реабілітаційної мережі на периферії та оптимізації територіального планування послуг.

Узагальнення виявлених особливостей функціонування реабілітаційної мережі дозволяє зробити висновок, що саме кадрова складова є визначальним фактором її функціональної спроможності. Наявні диспропорції між нормативними вимогами, фактичним кадровим забезпеченням та територіальним розподілом фахівців формують ризики неповного покриття потреб населення в реабілітаційних послугах. Це обумовлює необхідність комплексної оцінки кадрового потенціалу з акцентом на структуру,

укомплектованість та відповідність компетентностей сучасним клінічним стандартам.

Проведений структурно-організаційний аналіз реабілітаційної мережі досліджуваного регіону показав, що її функціональна спроможність визначається сукупністю типологічних, територіальних та управлінських характеристик. Хоча мережа формально охоплює всі рівні інтенсивності реабілітаційної допомоги - від стаціонарної до первинної - її фактична ефективність істотно залежить від кадрової укомплектованості, рівня спеціалізації підрозділів та здатності забезпечувати безперервність реабілітаційного маршруту. Виявлено, що диспропорції між нормативними вимогами та реальними кадровими ресурсами створюють функціональні розриви, які особливо проявляються у сільських громадах і на рівні амбулаторної та первинної допомоги.

Типологічна різнорівневість установ та їхня нерівномірна матеріально-технічна база формують асиметрію інтенсивності та доступності реабілітаційних програм, а фрагментарність міжрівневої взаємодії - ризики переривання маршруту пацієнта після завершення стаціонарного етапу. Таким чином, структурна конфігурація реабілітаційної мережі визначає лише потенційну спроможність системи, тоді як її реальна результативність залежить від кадрового забезпечення ключових спеціальностей, що формують ядро МДК.

4.3. Аналіз соціологічного дослідження медичних працівників реабілітаційної допомоги.

Кадровий потенціал реабілітаційної галузі розглядається як поєднання кількісних параметрів забезпеченості фахівцями, якісних характеристик їх професійної підготовки, структурної збалансованості МДК та регіональної диференціації ресурсів кадрів. В умовах воєнного стану різке зростання

потреби в реабілітаційних послугах зумовило прискорені, але нерівномірні трансформації кадрової системи у 2021-2024 рр.

Джерельну базу підрозділу становлять офіційна статистика МОЗ України (форма № 17, 2021-2024 рр.), державні звіти з реабілітації, аналітичні панелі НСЗУ, спеціалізований звіт щодо ерготерапевтів, а також результати анкетування лікарів та керівників закладів реабілітаційного профілю. Це забезпечує можливість поєднати об'єктивні кількісні показники з оцінками практиків (табл. 4.3.1).

Таблиця 4.3.1.

Структура кадрового забезпечення мультидисциплінарних команд реабілітації відповідно до вимог НСЗУ (2024 р.)

Категорія фахівця	Амбулаторні умови (мінімальні вимоги НСЗУ)	Стаціонарні умови (мінімальні вимоги НСЗУ)
Лікар з фізичної та реабілітаційної медицини	2 особи (основне місце роботи)	2 особи (основне місце роботи)
Фізичний терапевт	2 особи (основне місце роботи)	3 особи (основне місце роботи)
Ерготерапевт	2 особи (основне місце роботи)	2 особи (основне місце роботи)
Асистент фізичного терапевта / ерготерапевта	1 особа (основне місце роботи)	3 особи (основне місце роботи)
Логопед	1 особа	–
Лікар-психолог / психотерапевт / клінічний психолог	2 особи (основне місце роботи або сумісництво)	2 особи (основне місце роботи або сумісництво)

Таблиця 4.3.1 відображає нормативну структуру мультидисциплінарної команди згідно з вимогами НСЗУ для амбулаторних та стаціонарних умов. Мінімальна комплектація передбачає обов'язкову наявність лікаря з фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ), фізичного терапевта, ерготерапевта, асистентів, психолога/психотерапевта, а в амбулаторній ланці - також

логопеда. Така конфігурація задає цільову модель кадрового забезпечення госпітального кластера.

Фактична кадрова ситуація істотно відхиляється від цієї моделі. Найбільш дефіцитною групою у 2023 році є ерготерапевти: за умовами НСЗУ оптимальне співвідношення лікар ФРМ: ерготерапевт має становити 1:1, натомість реальний показник - 1:0,17. За наявності 971 лікаря ФРМ реальна потреба в ерготерапевтах становить щонайменше 971 особу, тоді як забезпеченість сягає лише близько 17 %; кадровий дефіцит оцінюється приблизно у 800 фахівців.(станом на 01.01.2023 р.). У 2025 році спостерігаємо стрімкий зріст посад ерготерапевтів - 61,2 %.

Подібні диспропорції простежуються й щодо інших посад: укомплектованість лікарів ФРМ становить 69,4 %, фізичних терапевтів - 71,9 %, причому в амбулаторній ланці ці показники ще нижчі. Недоукомплектованими залишаються також посади психологів, логопедів та фахівців психологічної реабілітації.

Порівняльний аналіз результатів опитування лікарів та керівників реабілітаційних центрів показав, що обидві групи фіксують кадровий дефіцит, але по-різному оцінюють його природу. Лікарі наголошують на індивідуально-мотиваційних бар'єрах - низькій заробітній платі, надмірному навантаженні, обмежених можливостях професійного зростання. Керівники акцентують увагу на системних факторах - недостатності фінансування, відсутності дієвих мотиваційних механізмів і потребі посилення державної підтримки людських ресурсів. Водночас обидві групи визнають ключову важливість розвитку безперервної професійної освіти, удосконалення кадрової політики та формування повноцінних МДК у межах госпітальних кластерів.

Таким чином, таблиці, що відображають результати опитувань, фіксують два рівні бачення проблеми - практичний (з боку лікарів) та управлінський (з боку керівників), які доповнюють одне одного й підкреслюють необхідність

комплексного підходу до реформування кадрової політики в реабілітаційній сфері.

Динаміка чисельності фахівців реабілітаційного профілю за 2021-2024 рр. узагальнена в таблиці 4.3.2. та рисунку 4.3. Вона виявляє нерівномірний характер зростання різних професійних груп. Найбільш інтенсивної збільшується чисельність лікарів ФРМ (із 212 до 1472 осіб, + понад 500 %), що пояснюється цільовим розгортанням цієї спеціальності у відповідь на воєнні виклики.

Таблиця 4.3.2.

**Динаміка чисельності фахівців реабілітаційного профілю в Україні
(2021-2024 рр.)**

Показник	2021	2022	2023	2024	Приріст (%)
Лікарі ФРМ	212	463	971	1472	+594 %
Фізичні терапевти	148	221	369	412*	+178 %
Ерготерапевти	54	101	171	198*	+266 %
Психологи	1325	1398	1535	1612	+21,6 %
Логопеди/мовленнєві терапевти	418	432	447	465	+11,2 %

Повільними є темпи зростання фізичних терапевтів та ерготерапевтів, а групи психологів і логопедів демонструють лише незначне підвищення чисельності. Це формує структурний дисбаланс, коли темпи підготовки медичних фахівців випереджають розвиток немедичних спеціальностей, необхідних для повноцінної мультидисциплінарної взаємодії.

Структурні характеристики кадрів наведені на рисунку 4.4. Наведені данні свідчать про вікову та кваліфікаційну неоднорідність: серед лікарів ФРМ значною є частка фахівців пенсійного віку, тоді як серед фізичних терапевтів та ерготерапевтів домінують молоді спеціалісти. Рівень наявності кваліфікаційних категорій залишається низьким у всіх групах, що обмежує стандартизацію практик і формування стабільного корпусу експертів.

Водночас достатньо високі показники участі в програмах підвищення кваліфікації, у тому числі міжнародних, можуть розглядатися як кадровий резерв розвитку системи.

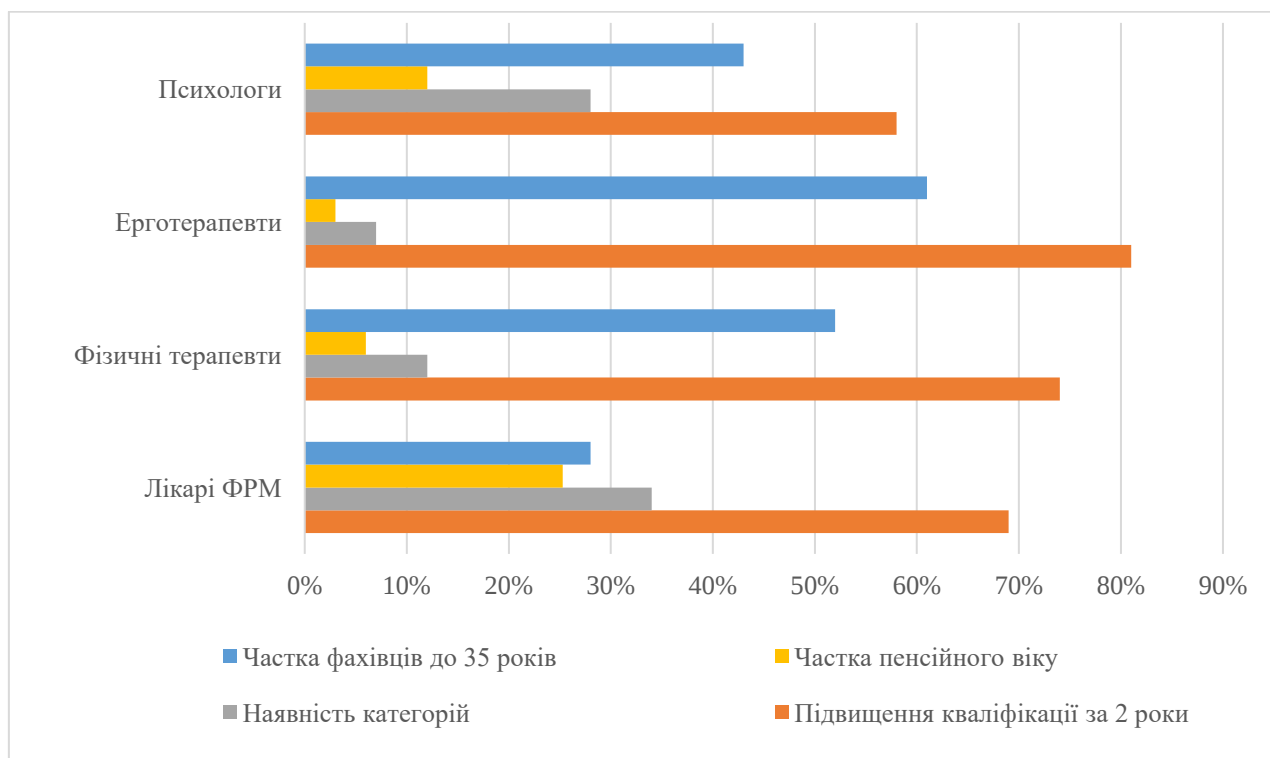


Рис. 4.4. Структурні характеристики кадрового складу РД (2023-2025 рр.)

Порівняння кадрових параметрів з потребами реабілітаційної системи дозволило виявити ключові дефіцити та визначити кадрові резерви.

До ключових дефіцитних груп відносимо:

Ерготерапевтів - забезпеченість 17-20 % від потреби. Причина: новизна професії, недостатня кількість освітніх програм, низький рівень впізнаваності спеціальності.

Фізичних терапевтів - забезпеченість 38-42 %. Причина: високе навантаження, нерівномірний регіональний розподіл, повільна підготовка кадрів.

Логопедів та фахівців мовлення - критичний дефіцит у всіх регіонах. Причина: відсутність системної державної політики підготовки кадрів.

У сукупності ці фактори формують критичні зони ризику у функціонуванні реабілітаційної системи, оскільки кадровий дефіцит безпосередньо впливає на можливість виконання реабілітаційних пакетів НСЗУ та якість міждисциплінарної взаємодії. Візуалізація цих диспропорцій дозволяє чітко окреслити ступінь невідповідності між наявними ресурсами та реальною потребою.

Зростання потреби в реабілітаційній допомозі зумовлене поєднанням кількох чинників: воєнних травм, високої поширеності хронічних неінфекційних захворювань та демографічного старіння населення. Значна частка населення має стійкі функціональні обмеження і потребує регулярної участі фахівців з реабілітації. За міжнародними оцінками, у середньостроковій перспективі потреба в реабілітаційних послугах для України зростатиме, що в умовах кадрового дефіциту посилює ризики інвалідизації та соціальної дезадаптації.

Реабілітація має не лише медичний, а й соціально-економічний вимір. Ефективна система реабілітаційної допомоги зменшує навантаження на систему соціальних виплат, підвищує рівень економічної активності населення та сприяє збереженню людського капіталу. Відтак кадрові дефіцити у сфері реабілітації трансформуються в економічні втрати та обмежують реалізацію потенціалу реформ, зокрема впровадження кластерної моделі лікарень, інтегрованих реабілітаційних маршрутів і міжвідомчої взаємодії.

Результати аналізу засвідчують, що, попри суттєве зростання чисельності фахівців реабілітаційного профілю в 2021-2024 рр., кадрова система залишається структурно незбалансованою. Найбільш критичними є дефіцит немедичних фахівців (єрготерапевтів, фізичних терапевтів, логопедів, психологів), низький рівень категоризації, вікова асиметрія та регіональна нерівномірність. Встановлено, що саме кадровий фактор є визначальним елементом ефективності реабілітаційної системи і детермінує можливість виконання вимог НСЗУ щодо реабілітаційних пакетів.

Отримані кількісні дані не повною мірою відображають суб'єктивні аспекти кадрової спроможності, пов'язані з мотиваційними умовами, професійним вигоранням, комунікацією в мультидисциплінарних командах та баченням кар'єрних перспектив. Тому наступний підрозділ 4.4 присвячено аналізу результатів соціологічного дослідження, що дає змогу доповнити статистичну картину оцінками практиків, ідентифікувати ключові виклики та потреби фахівців у професійному розвитку та на цій основі окреслити пріоритетні напрями удосконалення кадрової політики в реабілітаційній сфері.

Соціологічний аналіз доповнює статистичну оцінку кадрового потенціалу реабілітаційної сфери, даючи змогу виявити суб'єктивні чинники професійної діяльності, рівень мотивації фахівців і їх бачення потреб галузі. На відміну від суто кількісних показників, опитування відображає когнітивні, ціннісні та поведінкові аспекти роботи, що безпосередньо впливають на якість реалізації реабілітаційних програм.

У дослідженні професійні виклики визначаються як сукупність кадрових, організаційних, матеріально-технічних, освітніх та психоемоційних факторів, які утруднюють виконання реабілітаційних функцій і послаблюють ефективність МДК. У 2025 р. проведено опитування 131 фахівця реабілітаційних установ України (лікарі ФРМ, фізичні терапевти, ерготерапевти, психологи, керівники закладів) із застосуванням онлайн-анкетування, експрес-інтерв'ю та оцінювання професійного навантаження. Це дозволило сформулювати узагальнену картину викликів, мотиваційних чинників і освітніх потреб.

Результати показали домінування кадрових викликів: дисбаланс у складі МДК, сумісництво та перевантаження окремих спеціалістів, дефіцит немедичних фахівців. Організаційні проблеми пов'язані з порушенням реабілітаційних маршрутів, обмеженим часом на пацієнта та слабкою координацією між рівнями медичної допомоги. Матеріально-технічні обмеження стосуються недостатнього оснащення, відсутності

спеціалізованого та роботизованого обладнання, особливо для ерготерапії. Узагальнені дані щодо частоти згадування основних груп викликів наведено в Додатку Л1 та Рис. 4.5, де найбільш значущими виявилися кадрові та матеріально-технічні бар'єри.

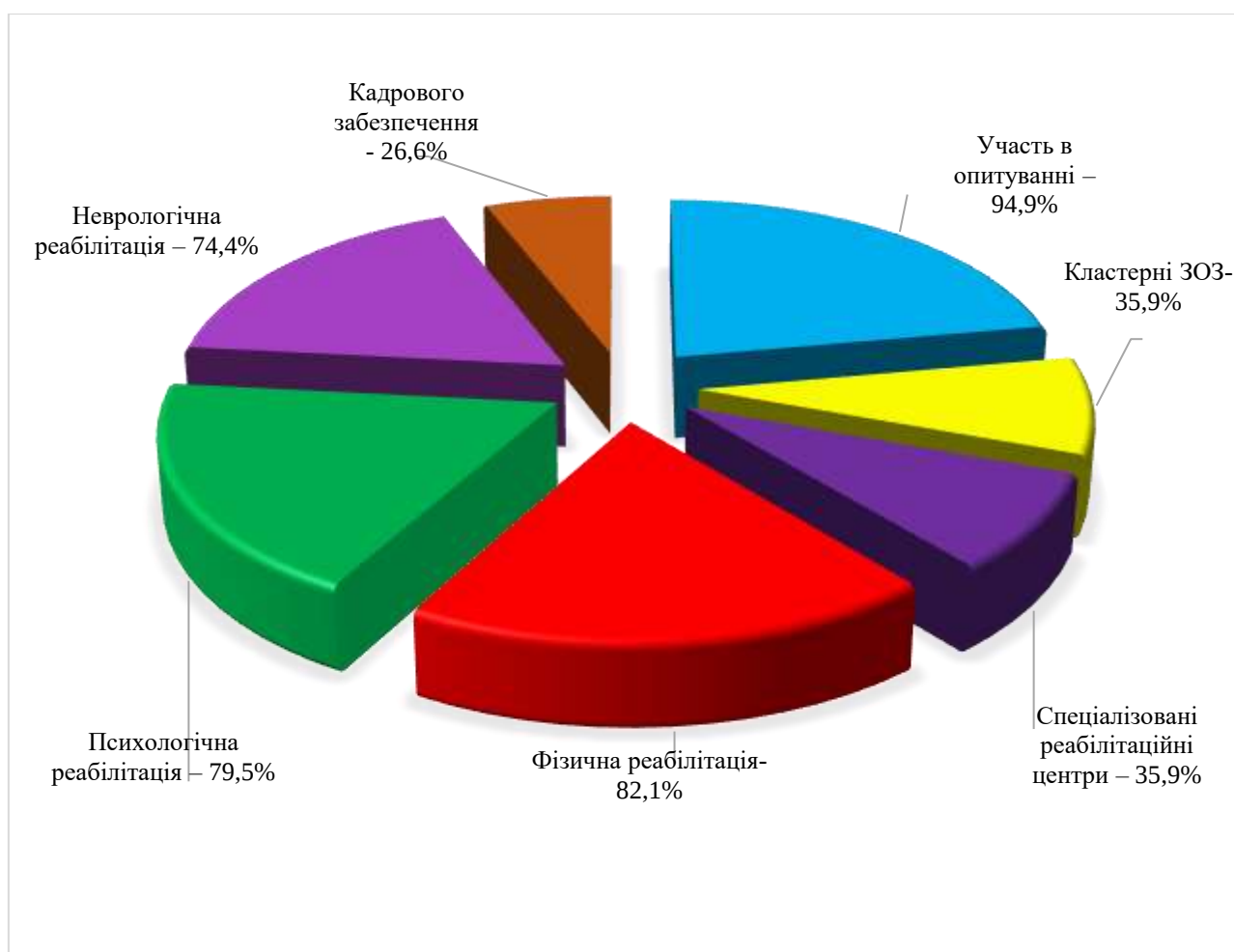


Рис. 4.5. Узагальнення результатів відповідей керівників реабілітаційних центрів.

Дані додатку Л1 відображають структуру відповідей керівників реабілітаційних центрів (n=39) щодо організації реабілітаційної допомоги, кадрового забезпечення, інфраструктурних ресурсів та управлінських потреб закладів. Узагальнення результатів (рис. 4.5) дає змогу ідентифікувати ключові тенденції функціонування реабілітаційних установ.

По-перше, фіксується високий рівень згоди на участь в опитуванні $94,9 \pm 3,5 \%$, що свідчить про готовність керівників до залучення в процеси оцінювання якості та обсягів реабілітаційних послуг.

По-друге, типологія закладів на рис.4.6 демонструє домінування кластерних $35,9 \pm 7,6 \%$ і спеціалізованих реабілітаційних центрів (надкластерні - $5,1 \pm 3,5 \%$; реабілітаційні центри - $35,9 \pm 7,6 \%$; приватні установи - $5,1 \pm 3,5 \%$; інше - $7,7 \pm 4,2 \%$), що корелює з розширенням мережі послуг у межах кластерної реорганізації

По-третє, усі опитані керівники повідомили про надання реабілітаційних послуг, а спектр реабілітаційних напрямів є широким: провідними є фізична реабілітація - $82,1 \pm 6,1 \%$, психологічна реабілітація $79,5 \pm 6,4 \%$, неврологічна реабілітація $74,4 \pm 7,0\%$, мультидисциплінарна реабілітація - $74,4 \pm 7,0 \%$, Паліативна підтримка - $35,9 \pm 7,6\%$, протезування- ортезування - $20,5 \pm 6,5\%$, кардіореабілітація - $38,5 \pm 7,8 \%$. Це свідчить про мультипрофільний характер діяльності центрів та їх орієнтацію на комплексність допомоги.

По-четверте, кадровий склад характеризується структурованістю та наявністю всіх ключових спеціальностей, однак частка певних професій (протезистів-ортезистів - $28,2 \pm 7,1\%$, фахівців з паліативної підтримки тощо) залишається недостатньою. Це визначає одну з головних проблем - нерівномірність кадрового забезпечення, що підтверджується часткою керівників, які оцінюють штат як достатній лише частково $25,6 \pm 7,0 \%$.

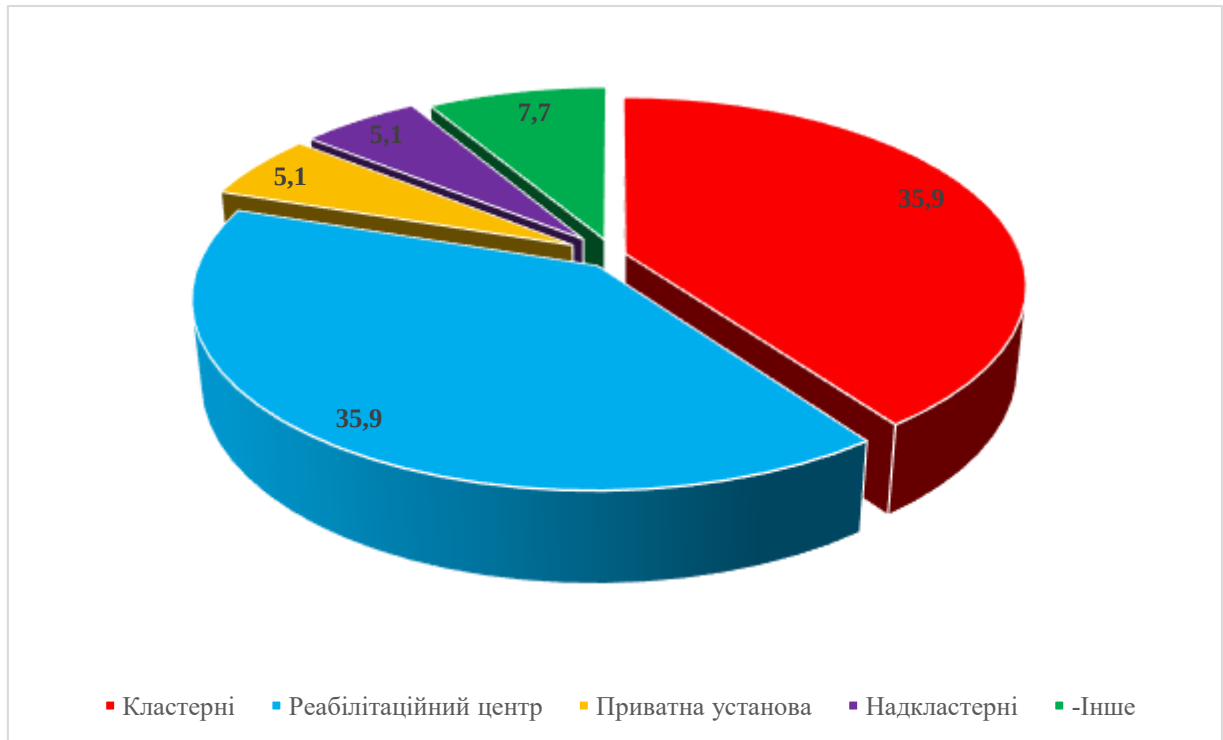


Рис. 4.6. Тип закладів охорони здоров'я.

По-п'яте, у понад половині закладів відсутня або функціонує неповною мірою МДК - $51,3 \pm 8,0$ %, що прямо впливає на якість міжфахової взаємодії та безперервність лікувального процесу.

По-шосте, інфраструктурні параметри засвідчують значні відмінності між закладами: понад $59,0 \pm 7,9$ % мають більше 20 ліжко-місць, однак третина центрів не забезпечена стаціонарними ліжками. Це формує нерівність доступності реабілітаційних послуг.

По-сьоме, середній обсяг амбулаторної допомоги також суттєво варіює, що свідчить про асиметричність навантаження. Понад $28,2 \pm 7,3$ % центрів надають більше 100 амбулаторних послуг на місяць.

По-восьме, головними категоріями пацієнтів залишаються особи після травм - $43,6 \pm 7,1$ %, інсультів - $23,1 \pm 6,3$ %, операцій - $28,2 \pm 7,2$ % та люди з інвалідністю - $25,6 \pm 6,7$ %, що відображає актуальні потреби системи в умовах воєнних і повоєнних викликів.



Рис 4.7 Наявність в закладі постійної МДК.

По-дев'яте, керівники наголошують на ключових напрямках удосконалення системи реабілітації: цифровізація - $20,5 \pm 6,3$ %, підвищення кваліфікації - $43,6 \pm 7,9$ %, стандартизація протоколів - $28,2 \pm 7,2$ %, та розвиток співпраці з науковими установами - $17,9 \pm 5,9$ %.

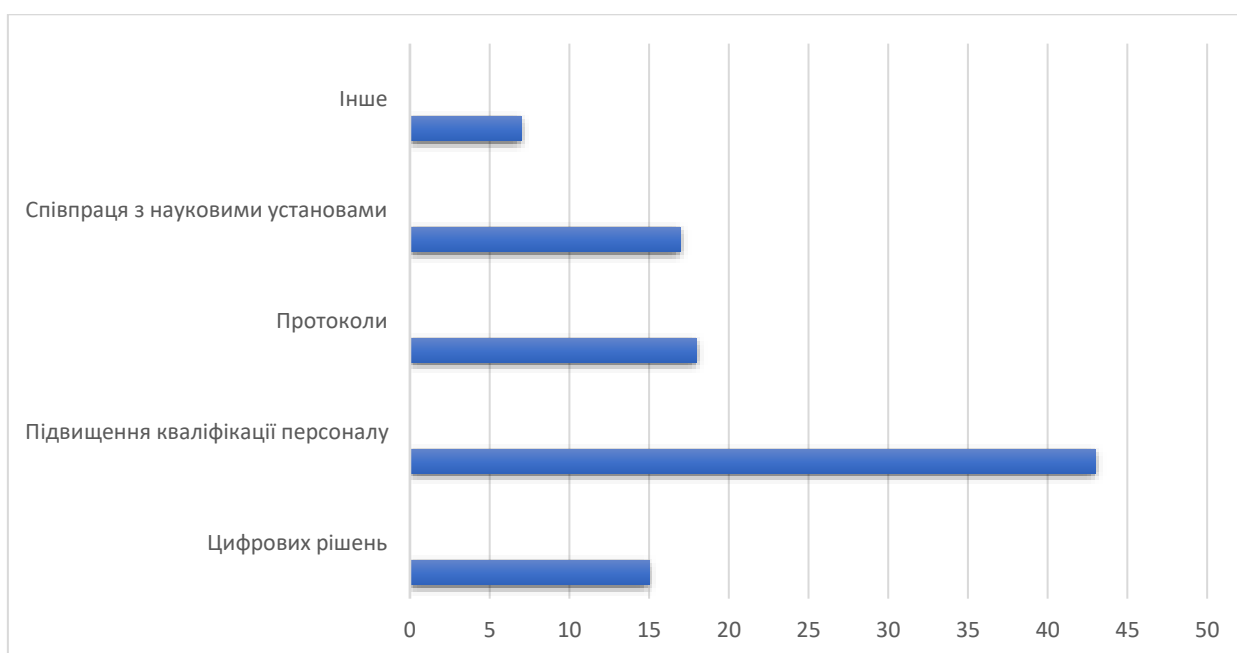


Рис. 4.8 Удосконалення системи реабілітації

Таким чином, таблиця узагальнює структурні й функціональні характеристики реабілітаційних центрів та демонструє причинно-наслідковий зв'язок між кадровим забезпеченням, організацією допомоги та якістю реабілітаційних послуг.

Узагальнені результати опитування керівників реабілітаційних центрів (Додаток Л1) демонструють, що більшість закладів надають широкий спектр послуг - фізичну, психологічну, неврологічну, кардіореабілітацію, мультидисциплінарну допомогу. Водночас лише частина центрів має повноцінні МДК та достатню кількість фахівців для покриття потреб пацієнтів. Значна частка респондентів вказує на нестачу окремих спеціалістів (ерготерапевтів, протезистів-ортезистів, фахівців паліативної підтримки), перевантаженість персоналу й нерівномірне забезпечення стаціонарними ліжками. Керівники наголошують на потребі цифрових рішень, підвищення кваліфікації, стандартизації обліку та розширення співпраці з науковими установами, що узгоджується з виявленими кадровими та організаційними викликами.

Подальший аналіз показує тісний зв'язок між кадровими, організаційними та матеріально-технічними проблемами: дефіцит ключових спеціалістів зумовлює перевантаження, порушення маршрутів пацієнтів і обмеження в застосуванні сучасних реабілітаційних технологій. Цей комплексний дисбаланс є структурним обмеженням для розвитку реабілітаційної мережі в госпітальних кластерах.

Мотивація фахівців розглядається як поєднання внутрішніх професійних мотивів (самоствердження, цінність допомоги пацієнтам, командна взаємодія) та зовнішніх стимулів (умови праці, оплата, можливості навчання). Домінують гуманітарні мотиви: переважна частина респондентів називає головним стимулом «можливість допомогти людям», значущою є також роль командної роботи та змістовності професійних завдань. Високий відсоток фахівців

орієнтований на професійний розвиток, міжнародне стажування та отримання кваліфікаційних категорій. Фінансові стимули оцінюються як важливі, але не визначальні, що відображено в Додатку Л2 та рисунку 4.3.6.

Таблиця у додатку Л2 містить результати опитування 105 лікарів реабілітаційної служби ($n=105$), що відображає їх професійний досвід, участь у МДК, бачення потреб пацієнтів та оцінку перспектив розвитку реабілітації. Узагальнення результатів опитування лікарів реабілітаційної допомоги (рис. 4.9.) дає змогу всебічно проаналізувати кадровий стан реабілітаційної допомоги. Майже всі лікарі висловили згоду на участь в анонімному дослідженні - $96,2 \pm 1,9 \%$, що демонструє високу мотивацію до професійної рефлексії.

Стаж роботи респондентів підтверджує домінування групи з досвідом 1-5 років - $58,1 \pm 4,8 \%$, що опосередковано вказує на молодість професії ФРМ в Україні та активне її становлення після 2018 року.

Більшість лікарів працюють у кластерних закладах - $41,9 \pm 4,8 \%$, що узгоджується з результатами опитування керівників і засвідчує концентрацію реабілітаційної допомоги в установах середнього та високого рівня

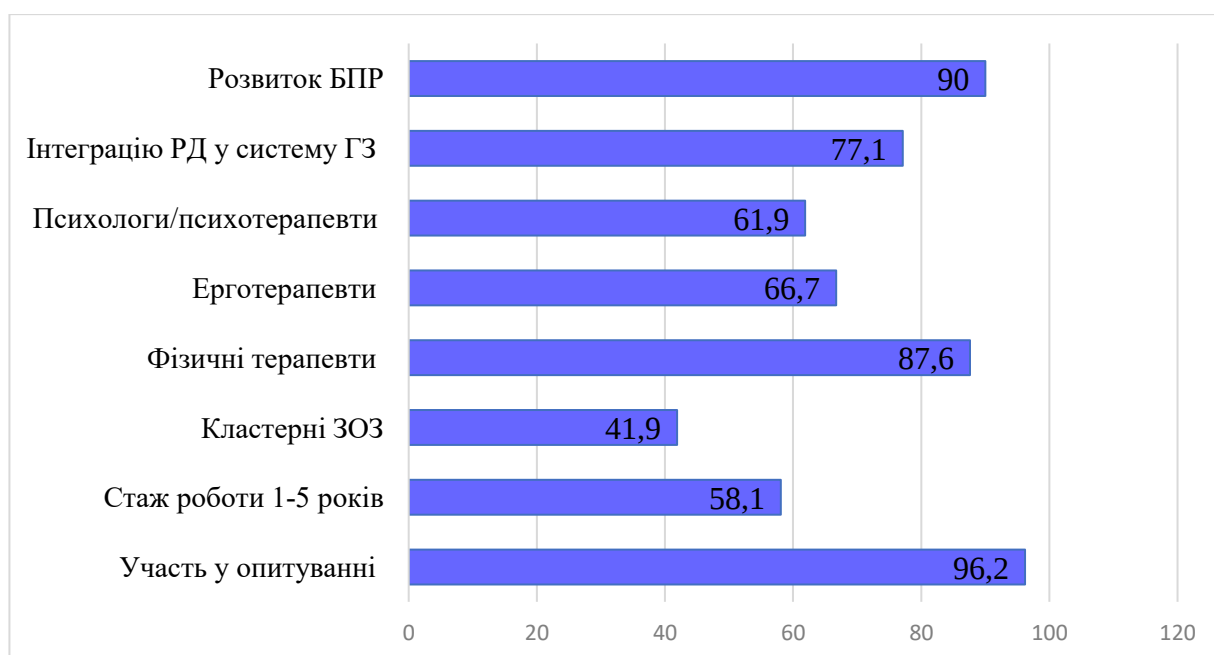


Рис. 4.9. Узагальнення результатів відповідей лікарів реабілітаційних центрів.

Структура МДК виявляє достатньо повний набір спеціальностей: фізичні терапевти - $87,6 \pm 3,1$ %, ерготерапевти - $66,7 \pm 4,5$ %, психологи/психотерапевти - $61,9 \pm 4,7$ %. Водночас, лише $4,8 \pm 2,1$ % лікарів повідомили про відсутність МДРК, що свідчить про її становлення як базового елемента моделі реабілітації. Оцінка достатності кадрового складу демонструє, що лише $44,8 \pm 4,9$ % лікарів вважають його повністю достатнім, а $40,0 \pm 4,8$ % - лише частково, що корелює з результатами опитування керівників та вказує на системну кадрову нестачу. Респонденти чітко визначають пріоритетні групи пацієнтів: поранені та постраждалі внаслідок бойових дій - $80,0 \pm 3,9$ %, посттравматичні пацієнти - $57,1 \pm 4,8$ %, люди з інвалідністю - $50,5 \pm 4,9$ %. Це свідчить про адаптацію реабілітаційної практики до викликів війни. Лікарі визначають найнеобхідніші види реабілітації: фізичну $57,1 \pm 4,83$ %, психологічну $57,1 \pm 4,83$ %) та комплексну $41,0 \pm 4,80$ %, що відображено на рисунку 4.7.

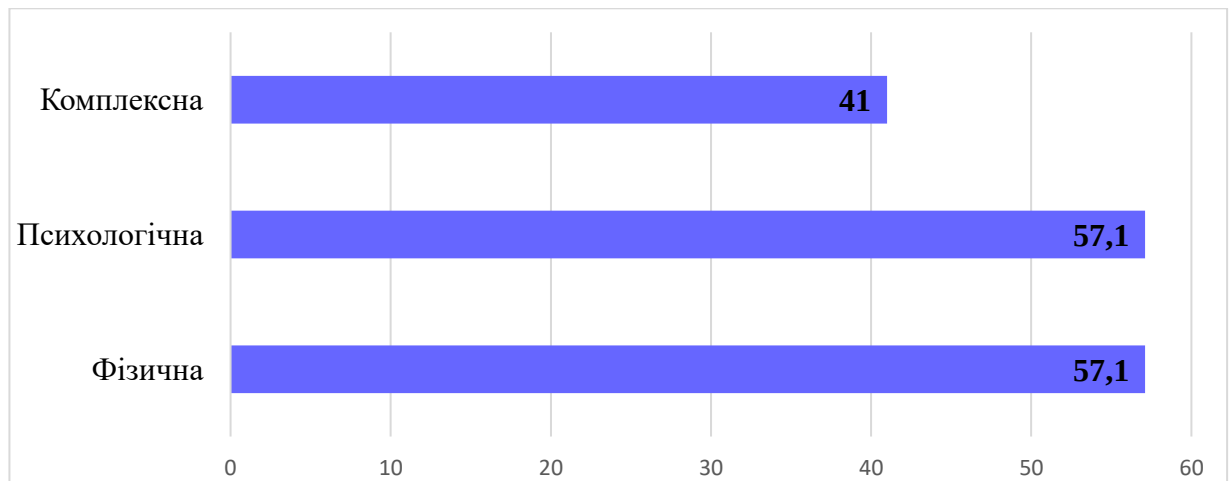


Рис. 4.10. Види реабілітації.

Такий розподіл підкреслює актуальність біопсихосоціального підходу. Більшість лікарів оцінюють перспективи розвитку реабілітації як позитивні $70,5 \pm 4,45$ % та підтримують інтеграцію реабілітації у систему громадського здоров'я - $77,1 \pm 4,1$ %, що формує потенціал розвитку реабілітаційної галузі.

Більшість респондентів $91,4 \pm 2,7$ % підтримують розширення освітніх програм і розвиток безперервного професійного розвитку, що пояснюється динамікою нормативних змін та запитом на компетентні кадри.

Отже, результати таблиці 4.7 демонструють структуроване бачення лікарів щодо кадрових, організаційних та змістових аспектів реабілітації, відображаючи причинно-наслідковий зв'язок між навантаженням, кадровою забезпеченістю та якістю послуг.

Результати анкетування лікарів фізичної та реабілітаційної медицини (Додаток Л2) підтверджують високий рівень залученості та позитивне бачення перспектив розвитку реабілітації. Переважна більшість лікарів працює у кластерних закладах, входить до складу МДК і підтримує ідею їх подальшого зміцнення. Респонденти вважають реабілітацію невід'ємною складовою системи охорони здоров'я, підтримують розвиток безперервної професійної освіти та розширення навчальних програм для фахівців. Одночасно вони фіксують часткову недостатність кадрового складу для якісного надання послуг, зростання навантаження та потребу у додаткових сервісах - телереабілітації, соціальному супроводі, підтримці родин, що посилює мотивацію до професійного розвитку й оновлення компетенцій.

Таким чином, мотиваційний профіль лікарів поєднує високу професійну орієнтацію, підтримку командної роботи та запит на розширення освітніх можливостей, що є позитивним ресурсом для реалізації реформ у реабілітаційній сфері.

Освітні потреби фахівців концентруються навколо спеціалізованих клінічних компетенцій (нейрореабілітація, реабілітація травм війни, ортопедична реабілітація), психотерапевтичних навичок, а також міжвідомчої взаємодії та менеджменту реабілітації. Дані медико-соціологічного опитування засвідчують, що клінічні напрями домінують, тоді як управлінські та організаційні компетенції залишаються менш запитаними, хоча їх значення для ефективної роботи команд є стратегічним. Це зумовлює потребу в

модульних програмах підвищення кваліфікації, які поєднуюватимуть клінічні, психологічні та менеджерські блоки.

Соціально-економічні умови професійної діяльності (рівень доходу, безпечність середовища, можливості розвитку, регіональні ризики) істотно впливають на кадрову стабільність. Частка фахівців, які розглядають можливість зміни місця роботи, міграції з небезпечних регіонів або відчують загрозу професійного вигорання, є значною, що підсилює ризик подальшого кадрового дефіциту.

Додаток ЛЗ та рис. 4.11. охоплює керівників медичних закладів ($n=70$) і відтворює організаційно-ресурсні та управлінські характеристики системи реабілітаційної допомоги на рівні закладів різних типів. Узагальнення результатів анкетування керівників закладів охорони здоров'я (рис. 4.11) дає відповідь які управлінські рішення потрібні для поліпшення реабілітаційної системи.

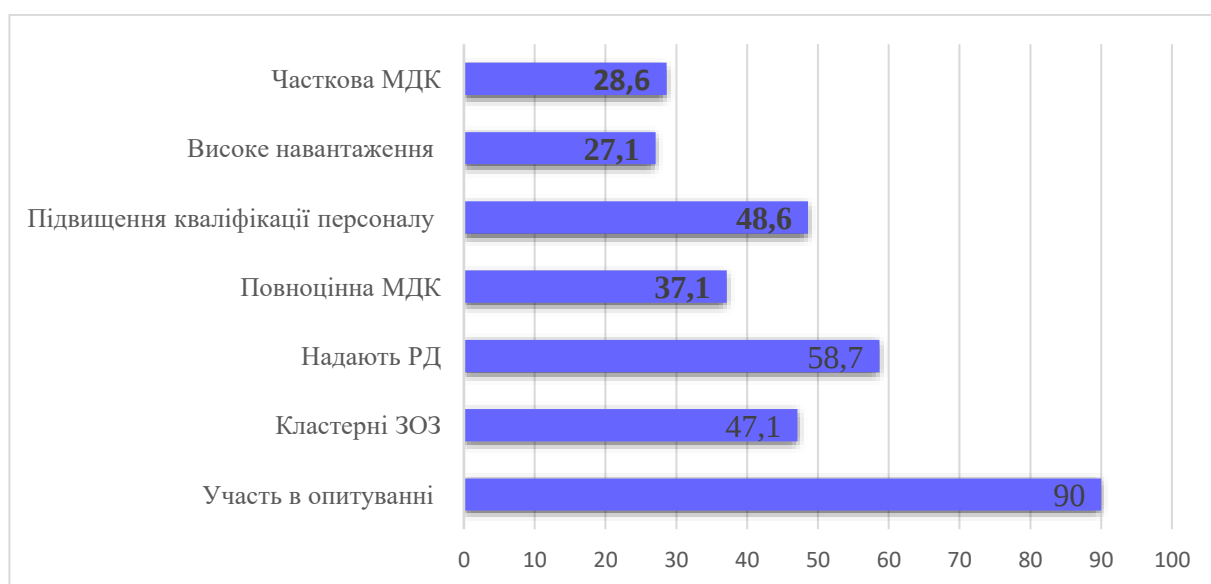


Рис. 4.11 Узагальнення результатів відповідей керівників закладів охорони здоров'я .

Рівень згоди на участь становить $90,0 \pm 3,6$ %, що забезпечує достовірність отриманих даних і підтверджує готовність управлінців долучатися до оцінювання якості медичних послуг. Майже половина

респондентів представляє кластерні заклади $47,1 \pm 6,0$ %, що свідчить про ключову роль кластерного рівня в організації реабілітаційної допомоги. Послуги реабілітаційної медицини надають $58,7 \pm 6,2$ % опитаних установ. Це демонструє нерівномірність інтеграції реабілітації в загальну структуру медичної допомоги. Спектр реабілітаційних послуг зосереджений на фізичній та психологічній допомозі (по $20,8 \pm 2,9$ % кожна). Неврологічна реабілітація наявна у $15,7 \pm 2,6$ % випадків, що є важливим у контексті військових травм та інсультів.

Кадровий склад медичних закладів характеризується недостатньою представленістю низки ключових спеціальностей (асистенти ерготерапевтів - $52,9 \pm 6,0$ %, протезисти-ортезисти - $18,6 \pm 4,6$ %, Терапевти мови та мовлення - $32,9 \pm 5,5$), що пояснює низьку частку закладів, які можуть забезпечити повний спектр реабілітаційних послуг. Лише $37,1 \pm 5,8$ % установ мають повноцінно функціонуючу МДК. У той же час $28,6 \pm 5,4$ % мають її частково, що може зумовлювати фрагментарність процесу реабілітації. Інфраструктурне забезпечення також нерівномірне: $47,1 \pm 6,0$ % не мають стаціонарних місць для реабілітації, тоді як $38,6 \pm 5,8$ % забезпечені понад 10 ліжками. Це вказує на суттєву регіональну диференціацію. Амбулаторне навантаження зосереджене у групі до 20 пацієнтів на місяць $68,6 \pm 5,5$ %, що може бути наслідком обмежених ресурсів або недостатнього попиту в окремих регіонах. Керівники визначають ключові напрями поліпшення реабілітаційної системи: підвищення кваліфікації персоналу $48,6 \pm 6,0$ %, цифровізацію обліку $17,1 \pm 4,4$ %, розвиток співпраці з науковими установами $17,1 \pm 4,4$ % та стандартизацію даних $11,4 \pm 3,8$ %. Потреба у змінах кадрової політики зосереджена на вдосконаленні системи підготовки фахівців та підвищенні фінансування. Найбільш поширеними кадровими проблемами є низька заробітна плата $40,0 \pm 5,9$ %, високе навантаження $27,1 \pm 5,1$ %) та відсутність умов для розвитку $12,9 \pm 4,0$ %, що впливає на стабільність кадрового потенціалу.

Кореляційний аналіз професійних груп (матриця Pearson). За результатами кореляційного аналізу з використанням коефіцієнта Пірсона встановлено наявність високих позитивних кореляційних зв'язків між більшістю професійних груп реабілітаційного та суміжного профілю. Значення коефіцієнтів кореляції перебувають у межах $r = 0,70-0,99$, що свідчить про тісний взаємозв'язок між рівнем розвитку відповідних спеціальностей у регіонах України.

Таблиця 4.3.4

**Кореляційна матриця між професійними групами
реабілітаційного профілю (коефіцієнт Pearson)**

Професійна група	ЛФРМ	ФТ	ЕТ	АФТ	АЕТ	Психолог	Логопед
Лікар фізичної та реабілітаційної медицини (ЛФРМ)	1,00	-	0,97	-	-	-	-
Фізичний терапевт (ФТ)	-	1,00	0,99	-	-	-	-
Ерготерапевт (ЕТ)	0,97	0,99	1,00	-	-	-	-
Асистент фізичного терапевта (АФТ)	-	-	-	1,00	0,91	-	0,70-0,80
Асистент ерготерапевта (АЕТ)	-	-	-	0,91	1,00	0,70-0,80	-
Фахівець психологічного профілю (Психолог)	-	-	-	-	0,70-0,80	1,00	0,70-0,80
Логопед	-	-	-	0,70-0,80	-	0,70-0,80	1,00

Найвищі значення коефіцієнта кореляції зафіксовано між такими професійними групами: лікар фізичної та реабілітаційної медицини та ерготерапевти ($r = 0,97$), а також фізичні терапевти та ерготерапевти ($r = 0,99$), що вказує на практично лінійну залежність їхнього територіального розподілу. Це свідчить про системний та комплексний підхід до формування реабілітаційної допомоги, коли розвиток однієї базової спеціальності супроводжується пропорційним зростанням інших.

Високий кореляційний зв'язок також спостерігається між асистентами фізичних терапевтів та асистентами ерготерапевтів ($r = 0,91$), що підтверджує узгоджений розвиток допоміжних професій у межах мультидисциплінарної реабілітаційної команди.

Виявлено сильні позитивні кореляційні зв'язки ($r = 0,70-0,80$) між окремими спеціальностями, зокрема між логопедами та асистентами фізичних терапевтів, фахівцями психологічного профілю та асистентами ерготерапевтів, а також між мовленнєвими спеціалістами та психологами. Такі взаємозв'язки відображають поступове формування нейрореабілітаційної та психосоціальної складових у структурі реабілітаційної допомоги, що є характерним для сучасних моделей громадського здоров'я.

Коефіцієнт кореляції Пірсона $r \geq 0,70$ інтерпретується як статистично значущий позитивний зв'язок. Значення 1,00 на головній діагоналі відображають кореляцію змінної із самою собою. Символ «-» означає відсутність статистично значущого або окремо проаналізованого кореляційного зв'язку в межах даного дослідження.

Високі позитивні кореляційні зв'язки між базовими та допоміжними реабілітаційними професіями свідчать про інтегрований характер розвитку реабілітаційної допомоги в регіонах України та поступове формування мультидисциплінарної моделі з урахуванням нейрореабілітаційної і психосоціальної складових.

Таким чином, результати кореляційного аналізу підтверджують, що регіони з активним розвитком однієї реабілітаційної професійної групи одночасно характеризуються розвитком суміжних спеціальностей, що свідчить про інтегрований підхід до організації реабілітаційної допомоги та відповідність сучасним міжнародним стандартам міждисциплінарної взаємодії. Таблиця «Результати анкетування керівників закладів охорони здоров'я» відображає системні проблеми й потенціали реабілітаційної допомоги на рівні медичних закладів, виявляючи суттєвий вплив кадрових, фінансових та організаційних чинників на якість послуг.

Отже, дані медико-соціального опитування фахівців реабілітаційної допомоги підтверджують, що лише близько половини установ надають реабілітаційні послуги, а МДК функціонують повною мірою в обмеженій кількості закладів. Частина респондентів оцінює кадровий склад як недостатній або лише частково достатній для покриття потреб пацієнтів; значна кількість закладів не має стаціонарних ліжок для реабілітації, а амбулаторний сегмент зосереджений переважно на невеликому потоці пацієнтів. Водночас респонденти наголошують на важливості підвищення кваліфікації персоналу, розвитку цифрових систем обліку, чітких протоколів та посилення співпраці з науковими установами, а серед головних кадрових проблем відзначають низьку заробітну плату, високе навантаження та відсутність умов для професійного розвитку.

Поєднання даних фахівців і керівників засвідчує, що професійні виклики, мотиваційні пріоритети та освітні запити формують взаємопов'язану систему факторів, яка визначає якість кадрового потенціалу реабілітаційної сфери. Соціологічний аналіз підтверджує: без цілеспрямованої кадрової політики, що поєднує розвиток МДК, удосконалення умов праці, розширення освітніх можливостей і зміцнення управлінських компетенцій, потенціал реформ у сфері реабілітації буде реалізований лише частково. Узагальнення

цих результатів лягає в основу рекомендацій щодо удосконалення кадрової політики, що формуються у висновках до розділу.

Висновки до розділу 4.

1. Розроблена методика оцінки кадрового потенціалу реабілітаційної допомоги в межах госпітальних кластерів довела свою ефективність як комплексний, науково обґрунтований інструмент аналізу кадрової спроможності системи. Запропонована система індикаторів охоплює кількісні, структурні, функціональні та соціально-демографічні характеристики кадрових ресурсів, що дозволяє здійснювати багатовимірну оцінку та виявляти критичні диспропорції у складі МДК. Запровадження інтегрального індексу кадрової спроможності створює можливість для міжкластерних порівнянь, моніторингу динаміки кадрового забезпечення та обґрунтування управлінських рішень на регіональному й національному рівнях.

2. Аналіз інфраструктурної готовності госпітальних кластерів засвідчив, що попри формальне охоплення всіх рівнів реабілітаційної допомоги, їх фактична спроможність істотно обмежується кадровими та матеріально-технічними диспропорціями. За даними опитування керівників, $47,1 \pm 6,0 \%$ закладів не мають стаціонарних ліжок для реабілітації, тоді як лише $38,6 \pm 5,8 \%$ забезпечені понад 10 ліжками. Територіальна нерівномірність, особливо дефіцит фахівців у районах, наближених до лінії бойових дій, призводить до фрагментації реабілітаційного маршруту та зниження доступності послуг. Ключовим системним викликом залишається невідповідність між нормативними вимогами НСЗУ та реальною інфраструктурною спроможністю кластерів.

3. Соціологічний аналіз кадрового забезпечення підтвердив наявність критичного дефіциту фахівців реабілітаційної сфери. Забезпеченість ерготерапевтами становить лише 17-20 % від потреби, фізичними терапевтами

- 38-42 %, а повноцінно функціонуючі МДК наявні лише у $37,1 \pm 5,8$ % закладів. При цьому $28,6 \pm 5,4$ % установ мають МДК лише частково. Близько 40 % фахівців повідомили про надмірне професійне навантаження, а понад 90 % лікарів ($91,4 \pm 2,7$ %) визнали необхідність розширення програм підвищення кваліфікації та безперервного професійного розвитку. Це дозволяє стверджувати, що кадрова нестача є ключовим бар'єром розвитку реабілітаційної системи.

4. Результати анкетування керівників закладів охорони здоров'я ($n = 70$) засвідчили високий рівень залученості управлінців до оцінювання якості реабілітаційної допомоги (рівень згоди на участь - $90,0 \pm 3,6$ %). Майже половина респондентів представляє кластерні заклади ($47,1 \pm 6,0$ %), що підкреслює провідну роль кластерного рівня в організації реабілітаційної мережі. Реабілітаційні послуги надають $58,7 \pm 6,2$ % опитаних установ, що свідчить про нерівномірну інтеграцію реабілітації в загальну структуру медичної допомоги. Основними напрямками є фізична та психологічна реабілітація (по $20,8 \pm 2,9$ %), тоді як неврологічна реабілітація представлена лише у $15,7 \pm 2,6$ % закладів.

5. Кадровий склад реабілітаційних установ характеризується структурною неповнотою, насамперед через недостатню представленість асистентів ерготерапевтів ($52,9 \pm 6,0$ %), терапевтів мови та мовлення ($32,9 \pm 5,5$ %) і протезистів-ортезистів ($18,6 \pm 4,6$ %). Це безпосередньо обмежує можливість надання повного спектра реабілітаційних послуг і зумовлює фрагментарність міждисциплінарної взаємодії. Амбулаторний сегмент у $68,6 \pm 5,5$ % закладів обмежується навантаженням до 20 пацієнтів на місяць, що свідчить про обмежені ресурси або низьку пропускну спроможність.

6. Кореляційний аналіз професійних груп (матриця Пірсона) виявив високі позитивні кореляційні зв'язки між більшістю реабілітаційних спеціальностей ($r = 0,70-0,99$). Найтісніші взаємозв'язки встановлено між

лікарями ФРМ та ерготерапевтами ($r=0,97$), а також між фізичними терапевтами та ерготерапевтами ($r=0,99$), що свідчить про інтегрований характер розвитку базових професій. Середні позитивні кореляції ($r=0,70-0,80$) між логопедами, психологами та асистентами терапевтичних спеціальностей відображають поступове формування нейрореабілітаційної та психосоціальної складових, притаманних сучасним моделям громадського здоров'я.

7. Результати опитування лікарів фізичної та реабілітаційної медицини ($n=105$) підтверджують високий рівень професійної мотивації та залученості: $96,2 \pm 1,9\%$ респондентів погодилися на участь в анонімному дослідженні. Більшість лікарів працює у кластерних закладах ($41,9 \pm 4,8\%$), входить до складу МДК та підтримує подальше їх зміцнення. Перспективи розвитку реабілітації оцінюються як позитивні $70,5 \pm 4,45\%$, а інтеграцію реабілітації у систему громадського здоров'я підтримують $77,1 \pm 4,1\%$ респондентів. Водночас лише $44,8 \pm 4,9\%$ лікарів вважають кадровий склад повністю достатнім, що підтверджує системну кадрову нестачу.

8. Узагальнення даних опитувань фахівців і керівників засвідчує, що кадрові, організаційні та матеріально-технічні проблеми формують взаємопов'язану систему обмежень розвитку реабілітаційної мережі. Дефіцит ключових спеціалістів призводить до перевантаження персоналу, порушення маршрутів пацієнтів і обмеженого впровадження сучасних реабілітаційних технологій. Водночас високий рівень внутрішньої мотивації, орієнтація на командну роботу та запит на освіту й професійний розвиток становлять позитивний ресурс для реалізації реформ.

Загалом результати розділу 4 підтверджують, що без цілеспрямованої кадрової політики, яка поєднує розвиток МДК, удосконалення умов праці, розширення освітніх програм, цифровізацію обліку та зміцнення управлінських компетенцій, потенціал реформ у сфері реабілітаційної допомоги буде реалізований лише частково. Отримані висновки формують

аналітичну основу для розроблення практичних рекомендацій щодо вдосконалення кадрової політики в госпітальних кластерах.

Результати досліджень даного підрозділу наведені у наступних публікаціях:

1. **Пожевілова А. А., Пожевілова К.В.,** Безперервний професійний розвиток лікаря-стоматолога (2021) [] / К. Пожевілова // Oral and General Health. - 2021. - Т. 2, № 4. С. 42-45 .[DOI: //doi.org/10.22141/ogh.2.4.2021.251148](https://doi.org/10.22141/ogh.2.4.2021.251148)

2. **Пожевілова А. А., Журавель В. І., Борковський Д. С., Журавель В. В.** Визначальні професійно-особисті властивості керівника-менеджера системи медичної допомоги населенню у діловому комунікативному процесі. The 2nd International scientific and practical conference “Innovations and prospects in modern science” (February 13-15, 2023) SSPG Publish, Stockholm, Sweden. 2023. С. 52-59. <https://sci-conf.com.ua>

3. **Пожевілова А.А.** Сучасні підходи формування кадрового потенціалу при створенні міждисциплінарних реабілітаційних груп в умовах військового стану. IV Міжнародної науково-практичної конференції «Сучасні аспекти реформування системи публічного управління в умовах воєнного часу» м. Переяслав, 2024. С.125-128.

4. **Пожевілова А.А., Пожевілова К.В.** Безперервний професійний розвиток лікарів в умовах воєнного стану Науково-практичній конференції з міжнародною участю «Інноваційні технології в сучасній стоматології» м. Івано-Франківськ, 14-15 березня 2025. С 95-98.

5. **Пожевілова А.А.** Реабілітаційна допомога населенню як чинник підвищення рівня громадського здоров'я. VIII Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я», м. Полтава, 2025. С 209-212.

РОЗДІЛ 5. МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ МОДЕЛІ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ

5.1. Концептуальна модель кадрового забезпечення реабілітаційної допомоги в умовах госпітального кластера.

Розбудова спроможної системи реабілітаційної допомоги в Україні в умовах воєнних і повоєнних викликів потребує інтегрованих підходів до кадрового забезпечення, здатних забезпечити сталість, ефективність та універсальність надання послуг на всіх рівнях медичної допомоги. Госпітальні кластери, визначені як ключові організаційні осередки реформованої системи охорони здоров'я, стають базовими носіями реабілітаційних потужностей, що вимагає науково обґрунтованої моделі управління кадровими ресурсами.

Аналітичні результати, отримані на основі статистичних даних МОЗ України, НСЗУ та результатів соціологічного дослідження фахівців і керівників закладів, засвідчують, що кадровий дефіцит у реабілітаційній сфері має системний, структурний і територіально диференційований характер. За умов різкого зростання потреб у реабілітації внаслідок воєнних дій, демографічних змін, поширення хронічних неінфекційних захворювань та інвалідизації населення, питання кадрового забезпечення набуває статусу ключового детермінанта функціональної спроможності госпітальних кластерів.

На цій підставі запропоновано інтегровану модель кадрового забезпечення реабілітаційної допомоги, що враховує освітні, управлінські, соціальні, клінічні, фінансово-економічні та public health компоненти. Такий підхід відповідає методологічним принципам системності, міждисциплінарності, доказовості та багаторівневого врядування, рекомендованим ВООЗ.

Таким чином, потреба у формуванні концептуальної моделі кадрового забезпечення постає не лише як інституційне завдання, а як системна трансформація всієї реабілітаційної сфери, що охоплює організаційні, управлінські, кадрові, освітні та соціальні компоненти. Логіка її побудови потребує врахування структурних взаємозв'язків між елементами реабілітаційної системи, які визначають функціональну спроможність госпітальних кластерів у сучасних умовах.

У цьому контексті доцільним є звернення до базової загальносистемної моделі реабілітаційної допомоги, яка відображає ключові функціональні блоки, рівні надання послуг та інституційну ієрархію. Реабілітаційна допомога є концептуальним підґрунтям для переходу аналізу кадрових потреб і єдності управлінських механізмів у межах кластерної організації охорони здоров'я.

Рисунок 5.1 відображає багаторівневу архітектуру національної системи реабілітаційної допомоги, що включає взаємодію первинного, вторинного та третинного рівнів медичної допомоги, соціальних служб, громад та органів державного управління. Модель демонструє, що реабілітація функціонує не як локальна клінічна послуга, а як інтегрована міжсекторальна система, у якій кожен рівень має визначені компетенції, ресурси та механізми взаємодії.

Вона візуально окреслює основні принципи: безперервності реабілітаційного маршруту, мультидисциплінарності та міжпрофесійної координації, орієнтації на потреби населення й громади, поєднання клінічної, соціальної та психологічної реабілітації, інституційної відповідальності різних суб'єктів управління.

Зміст рисунка 5.1 слугує концептуальною основою для формування кадрової моделі госпітального кластера, оскільки дозволяє визначити ті структурні точки, де кадровий дефіцит найбільш критично впливає на функціональність реабілітаційної мережі – насамперед у частині забезпечення МДК, безперервності послуг та організаційної координації між рівнями допомоги.



Рис. 5.1. Загальна концептуальна модель системи реабілітаційної допомоги.

Таким чином, рисунок формує системне розуміння реабілітаційної екосистеми, від якого логічно перейти до деталізації кадрових викликів, структурно-функціональної взаємодії суб'єктів та розроблення інтегрованої моделі кадрового забезпечення госпітальних кластерів.

Враховуючи структурні особливості, представлені на рисунку 5.1, у подальшому аналізі здійснюється поглиблене моделювання взаємодії суб'єктів системи реабілітації в умовах кластеризації охорони здоров'я. Для цього використано розширену структурну модель інтегрованого управління

(рис. 5.2), яка деталізує механізми формування кадрової політики, координації між рівнями допомоги та забезпечення безперервності реабілітаційних послуг. Механізм формування кадрової політики дає можливість забезпечити швидке відновлення кадрового потенціалу у довгостроковій перспективі.

З метою ідентифікації ключових суб'єктів, відповідальних за розвиток реабілітаційної системи в умовах кластеризації, було сформовано концептуальну структурну модель, яка відображає взаємозв'язки між державними інституціями, медичними закладами, освітнім середовищем, фінансово-економічними механізмами, цифровими інструментами та громадянським суспільством.

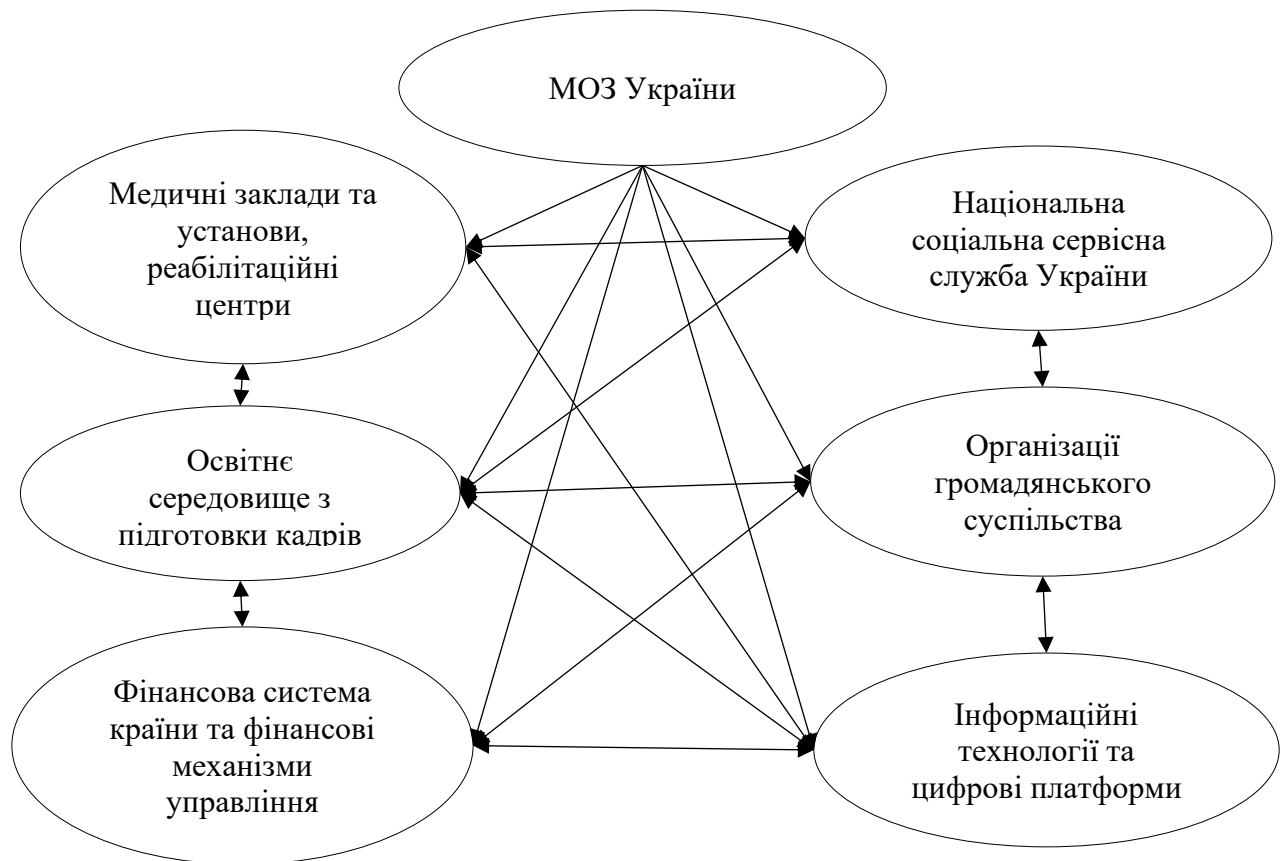


Рис. 5.2. Концептуальна модель взаємодії суб'єктів інтегрованої системи реабілітаційної допомоги.

Рисунок 5.2 демонструє, що сучасна система реабілітації є багаторівневою та багатокомпонентною, а кадрова політика формується не

ізолювано, а на перетині функцій різних секторів. Центральний орган координації визначає стратегічні рамки та нормативні вимоги; реабілітаційні та медичні заклади забезпечують практичну реалізацію маршрутів пацієнтів; освітні інституції формують професійні компетентності; фінансові механізми встановлюють стимули; цифрові технології забезпечують управління даними; громадське суспільство забезпечує прозорість і соціальну відповідальність.

Розташування моделі саме на цьому етапі логічне, оскільки вона слугує переходом до формування інтегрованої кадрової моделі госпітального кластера та дозволяє відобразити системну взаємозалежність між кадровими потребами та інституційними можливостями.

Представлена структурна модель є фундаментом для побудови концептуальної кадрової моделі, яка повинна забезпечити відповідність між реальними потребами населення в реабілітаційних послугах та потенціалом мультидисциплінарних команд госпітальних кластерів.

Україна переходить до моделі кластерної організації охорони здоров'я, в якій: структура госпітального кластера визначає можливості реабілітаційної мережі, кадровий профіль стає ключовим критерієм оцінки спроможності закладу отримати контракти НСЗУ, міждисциплінарний характер реабілітації вимагає нових форматів співпраці між фахівцями.

Кадрова модель підсилюється тим, що реабілітація перестає бути допоміжною функцією і стає одним із визначальних інструментів системи охорони здоров'я у відновленні людського капіталу.

Рисунок 5.2 дозволяє чітко окреслити причинно-наслідкові зв'язки, а саме: держава визначає кваліфікаційні вимоги, але освітня система не встигає готувати достатню кількість спеціалістів; заклади охорони здоров'я потребують МДК, але фінансова модель НСЗУ не забезпечує достатню мотивацію для розширення штатів; громади формують запит на реабілітаційні послуги, але загрози війни та демографічні процеси призводять до відтоку кадрів із прифронтових територій; цифровізація прискорює процеси

управління, але неповна інтеграція реєстрів обмежує аналіз кадрової спроможності; освітні заклади створюють базову підготовку, але відсутність bridge-type програм звужує можливість швидкого нарощення кадрів.

Аналіз сучасного функціонування реабілітаційної системи України засвідчує, що кадровий компонент є визначальним фактором її організаційної спроможності, а також ключовим критерієм сталості та результативності реабілітаційної допомоги в умовах госпітальних кластерів. Кластеризація охорони здоров'я передбачає концентрацію спеціалізованих видів медичної допомоги, у тому числі реабілітації, що значно підвищує вимоги до професійної структури, кількісної забезпеченості та компетентнісної готовності персоналу. Виявлені кадрові диспропорції мають системний характер, охоплюючи як клінічні, так і організаційні, освітні й соціально-економічні аспекти.

Структурно кадрові виклики можна згрупувати у шість основних блоків.

1. Дефіцит ключових реабілітаційних професій

За даними МОЗ України, НСЗУ та аналізу кадрових звітів закладів охорони здоров'я, забезпеченість основними фахівцями МДК залишається критичною: терапевти -38-42 %; лікарі фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ) - близько 69 %; логопеди та фахівці з мовленнєвих порушень - суттєвий дефіцит, особливо у госпітальних кластерах; психологи - стабільні, але нерівномірно розподілені в територіальному вимірі.

Дефіцит є не лише кількісним, але й якісним, оскільки значна частка фахівців не володіє компетентностями, необхідними для роботи у госпітальних умовах, особливо з пацієнтами з політравмами, нейрореабілітаційними й посттравматичними станами.

2. Дисбаланс між рівнями медичної допомоги

Результати соціологічного опитування (n = 131 фахівців) засвідчили, що найнижча укомплектованість кадрами спостерігається на амбулаторному рівні, який відповідає за тривале відновлення, підтримку функціональної

незалежності та завершення реабілітаційного маршруту. У госпітальних кластерах переважно зосереджені стаціонарні реабілітаційні відділення, що створює високий тиск на персонал та формує ризики переривання реабілітаційного процесу після виписки пацієнта.

3. Високий рівень сумісництва кадрового складу

До 60 % фахівців працюють одночасно на двох і більше посадах. Для фізичних терапевтів коефіцієнт сумісництва сягає 1,5, що свідчить про перевантаженість і недостатність штатних одиниць. Це негативно впливає на: інтенсивність реабілітаційних втручань; якість мультидисциплінарної взаємодії; можливість проведення регулярної оцінки функціонального стану; ризик професійного вигорання та відтоку кадрів.

4. Недостатність клінічної підготовки фахівців із немедичною освітою

Розширення професійної номенклатури у 2020-2024 рр. забезпечило приплив нових спеціалістів, проте понад 50 % із них не мають медико-біологічної підготовки, необхідної для роботи в лікарнях. Це зумовлює низку проблем: обмеження у виконанні частини клінічних маніпуляцій; складності у взаємодії з лікарем ФРМ; неможливість працювати із складними клінічними випадками; юридичні колізії через невизначеність кваліфікаційних вимог.

Данна ситуація створює потребу у впровадженні медико-біологічних програм, аналогічних моделям Польщі, Чехії та Литви.

5. Обмеженість системи безперервного професійного розвитку (БПР)

В Україні практикоорієнтовані модулі становлять лише 20-25 % загального обсягу підвищення кваліфікації, тоді як у країнах ЄС - понад 60 %. Відсутність єдиної системи CPD, цифрової сертифікації та доступних тренінгових програм ускладнює: формування сучасних клінічних компетентностей; залучення фахівців до кластерів; підтримку професійної мотивації; удосконалення мультидисциплінарної взаємодії. Це також посилює ризик втрати кадрів через міграцію або професійне вигорання.

6. Територіальна нерівність і диспропорції кадрового забезпечення

Аналіз статистичних звітів лікарень показав, що кадровий потенціал зосереджений переважно в обласних центрах та містах із розвиненою медичною інфраструктурою. Натомість сільські території та прифронтові регіони мають: найнижчу доступність фізичних терапевтів та ерготерапевтів; дефіцит логопедів та психологів; відсутність належної матеріально-технічної бази для роботи МДК.

Данна нерівність призводить до фрагментації реабілітаційних маршрутів, затримок у доступі до допомоги та зниження ефективності реабілітації.

Сукупність виявлених проблем свідчить, що кадрові виклики реабілітаційної сфери є багатовимірними й системними: вони зачіпають одночасно структуру підготовки, організацію праці, розподіл ресурсів, термінову потребу у фахівцях під час війни та стратегічну стійкість системи. Умови кластеризації охорони здоров'я ще більше актуалізують потребу в інтегрованій кадровій моделі, здатній забезпечити: безперервність реабілітаційного маршруту, функціональну збалансованість мультидисциплінарних команд, відповідність компетентностей фахівців сучасним міжнародним стандартам, рівномірність доступу до реабілітаційних послуг на всій території країни.

5.2. Експертна оцінка функціонально-організаційної концептуальної моделі кадрового забезпечення госпітальних кластерів.

У рамках проведеного дослідження було здійснено експертну оцінку розробленої функціонально-організаційної концептуальної моделі кадрового забезпечення госпітальних кластерів, що є ключовою умовою ефективного функціонування закладів охорони здоров'я в умовах трансформації медичної системи України. Актуальність оцінювання зумовлена вимогами сучасної кадрової політики, викладеними у розпорядженні Кабінету Міністрів України

від 17 січня 2025 р. № 34-р «Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року», а також у Порядку формування госпітальних округів та кластерів, затверджені постановою Кабінету Міністрів України № 65 від 16.01.2023. Згідно з цими документами, кадрова стійкість, прогнозованість кадрової політики та сучасні механізми управління персоналом визначені як стратегічні пріоритети функціонування госпітальних кластерів.

У процесі дослідження була здійснена експертна оцінка розробленої функціонально-організаційної концептуальної моделі кадрового забезпечення госпітальних кластерів, спрямованої на оптимізацію кадрової політики, раціоналізацію розподілу персоналу та формування сучасних підходів до управління людськими ресурсами в системі охорони здоров'я. Метою експертизи було визначення рівня наукової обґрунтованості моделі, її практичної реалізованості, ступеня відповідності сучасним потребам галузі та потенціалу впливу на ефективність роботи госпітальних кластерів.

До експертної оцінки були залучені керівники закладів охорони здоров'я, фахівці в галузі організації та управління охороною здоров'я, а також спеціалісти з кадрового менеджменту у медичній сфері. Загалом у дослідженні взяли участь 20 експертів, серед яких 5 доктори наук, 5 кандидатів наук, 11 організаторів охорони здоров'я вищої категорії. Формування експертної групи ґрунтувалось на принципах компетентності, досвіду практичної роботи та репрезентативності з погляду різних функціональних рівнів системи охорони здоров'я.

Експертна оцінка проводилася за спеціально розробленою програмою експертизи, яка включала систематизований перелік ключових параметрів моделі кадрового забезпечення госпітальних кластерів. У програму було включено показники концептуальної, організаційної, управлінської, економічної та матеріально-технічної складових моделі. Оцінювання

здійснювалося за методом Дельфі, який забезпечив поетапне формування узгодженого експертного висновку та мінімізацію суб'єктивних коливань.

Процедура експертної оцінки передбачала три етапи. На першому етапі кожний експерт виставляв незалежні оцінки за основними параметрами моделі, використовуючи десятибальну шкалу. Оцінка кожного параметра проводилася окремо, що дозволило уникнути впливу загального враження на сприйняття окремих елементів концепції.

На другому етапі експерти були ознайомлені з узагальненими результатами першого раунду, після чого мали можливість проаналізувати власні позиції, порівняти їх із колективною оцінкою та скоригувати власні судження. Такий підхід забезпечив підвищення об'єктивності та більш високу ступінь узгодженості експертних оцінок.

На третьому етапі відбувалося остаточне оцінювання параметрів моделі, результати якого були використані для розрахунку середніх значень показників, коефіцієнтів варіації (CV) та коефіцієнта конкордації (W), що характеризує рівень узгодженості експертних думок.

Результати експертної оцінки розробленої функціонально-організаційної моделі кадрового забезпечення госпітальних кластерів наведено у таблиці 5.2.1.

Найвищі середні бали отримали параметри, що визначають стратегічну спрямованість кадрової політики госпітальних кластерів. Зокрема, інтеграція кадрової політики відповідно до вимог Стратегії-2030 була оцінена експертами на рівні $9,88 \pm 0,06$ балу, що вказує на її вагомість як фундаментального принципу організації роботи госпітальних кластерів. Забезпечення збалансованої кадрової структури між рівнями медичної допомоги отримало $9,83 \pm 0,07$ балу, а система прогнозування кадрових потреб із використанням ризик-орієнтованого підходу - $9,79 \pm 0,08$ балу. Такі значення свідчать, що експерти розглядають саме ці механізми як ключові для формування передбачуваної, стійкої та пропорційної кадрової політики, що

відповідає сучасним управлінським стандартам та міжнародним рекомендаціям WHO і OECD.

Таблиця 5.2.1

**Результати експертної оцінки функціонально-організаційної моделі
кадрового забезпечення госпітальних кластерів**

№	Основні параметри оцінки	Середній бал	CV (%)
1.	Інтеграція кадрової політики ГК відповідно до Стратегії-2030	$9,88 \pm 0,06$	2,8
2.	Збалансування кадрової структури між рівнями медичної допомоги	$9,83 \pm 0,07$	3,4
3.	Система прогнозування кадрових потреб з урахуванням ризиків	$9,79 \pm 0,08$	3,9
4.	Механізми міжзакладної мобільності та мультидисциплінарної взаємодії	$9,72 \pm 0,09$	4,6
5.	Багатоканальне фінансування кадрового забезпечення	$9,68 \pm 0,10$	4,9
6.	Система безперервного професійного розвитку (CPD)	$9,61 \pm 0,11$	5,3
7.	Модульна оптимізація навантаження персоналу	$9,58 \pm 0,12$	5,5
8.	Інформаційно-аналітична HR-платформа	$9,54 \pm 0,12$	5,8
9.	Впровадження сучасних HR-технологій: e-HR, реєстр компетентностей	$9,49 \pm 0,13$	6,2
10.	Багаторівневе управління кадрами	$9,57 \pm 0,11$	5,0

Високі оцінки отримали також параметри, що визначають організаційно-операційну складову моделі. Зокрема, механізми міжзакладної мобільності персоналу та мультидисциплінарної взаємодії оцінені на рівні $9,72 \pm 0,09$ балу, що свідчить про їхню важливість для підвищення кадрової гнучкості та оптимізації взаємодії між закладами охорони здоров'я. Багатоканальне фінансування кадрового забезпечення отримало $9,68 \pm 0,10$ балу, а система безперервного професійного розвитку - $9,61 \pm 0,11$ балу, що підтверджує значущість цих елементів для підвищення компетентнісного

потенціалу персоналу та забезпечення кадрової стійкості госпітальних кластерів.

Особливу групу становлять параметри, що характеризують рівень цифрової трансформації кадрових процесів. Інформаційно-аналітична HR-платформа була оцінена експертами на рівні $9,54 \pm 0,12$ балу, тоді як упровадження сучасних HR-технологій, включно з e-HR та цифровими реєстрами компетентностей, отримало $9,49 \pm 0,13$ балу. Незважаючи на відносно нижчі показники в межах загального діапазону, ці значення залишаються високими та свідчать про значну роль цифровізації в системі кадрового забезпечення. Експерти підкреслили, що подальше вдосконалення цих технологічних компонентів потребує інвестицій, інфраструктурного розвитку та підготовки відповідних фахівців.

Параметр багаторівневого управління кадрами із залученням органів місцевого самоврядування також отримав високу оцінку - $9,57 \pm 0,11$ балу, що засвідчує важливість міжсекторальної взаємодії у забезпеченні ефективної кадрової політики госпітальних кластерів. Усі зазначені результати свідчать про те, що модель кадрового забезпечення відзначається високим рівнем системності, внутрішньої цілісності та операційної реалізованості. Висока узгодженість експертних суджень, підтверджена значеннями CV і W, доводить, що модель є науково обґрунтованою, відповідає сучасним вимогам галузевого управління та має значний потенціал для практичного впровадження в системі охорони здоров'я України.

Таким чином, експертна оцінка підтвердила, що розроблена концептуальна модель кадрового забезпечення госпітальних кластерів повністю відповідає сучасним вимогам науки та практики в галузі управління охороною здоров'я. Модель відзначається системністю, комплексністю та інноваційністю, а її впровадження дозволить оптимізувати кадрові процеси, підвищити ефективність управління персоналом, зменшити диспропорції

кадрового забезпечення та зміцнити кадрову стійкість системи охорони здоров'я.

Важливим є те, що модель узгоджується з положеннями Стратегії розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 року, зокрема положеннями щодо розвитку госпітальних кластерів, удосконалення кадрової політики та впровадження сучасних механізмів управління ресурсами. Отже, її практичне застосування сприятиме підвищенню якості медичної допомоги, покращенню доступності послуг та створенню ефективної кадрової інфраструктури госпітальних кластерів.

Узагальнюючи результати, можна зазначити, що проведена експертиза дозволила не лише підтвердити теоретичну і практичну цінність моделі, але й окреслити пріоритетні напрямки її впровадження. Модель характеризується високим рівнем адаптивності, може бути масштабована в різних регіонах країни та має значний потенціал для подальшого наукового вдосконалення. Її впровадження забезпечуватиме зміцнення кадрових ресурсів, підвищення стійкості та ефективності функціонування госпітальних кластерів, що є однією з ключових умов успішності реформування охорони здоров'я.

5.3. Прогноз потреби в кадрах з урахуванням демографічних епідеміологічних та соціальних факторів.

Функціональна спроможність госпітальних кластерів як базових осередків надання реабілітаційної допомоги безпосередньо залежить від кадрового потенціалу, рівня укомплектованості МДК та можливості забезпечити безперервність реабілітаційного маршруту. Аналіз демографічних, епідеміологічних і соціально-економічних тенденцій, а також даних МОЗ України, НСЗУ та соціологічного дослідження фахівців дає підстави для формування довгострокового прогнозу кадрових потреб реабілітаційної системи до 2030 року.

Прогнозування здійснено з урахуванням наступних чинників:

1. Зростання потреби у реабілітації внаслідок воєнних дій, зокрема збільшення кількості пацієнтів із бойовими травмами, черепно-мозковими ушкодженнями, ураженнями опорно-рухового апарату, ампутаціями та поліорганными ураженнями.
2. Поширення хронічних неінфекційних захворювань, що зумовлює підвищення рівня інвалідності та потреби в тривалій реабілітаційній підтримці.
3. Демографічне старіння населення, що збільшує частку осіб, які потребують геріатричної, неврологічної та ортопедичної реабілітації.
4. Регіональні диспропорції, які спричиняють нерівномірний доступ до фахівців, особливо в сільських громадах та зонах, наближених до лінії бойових дій.
5. Актуальні тенденції розвитку реабілітаційної інфраструктури в межах кластерної реформи, зокрема розширення штатних нормативів і впровадження нових пакетів НСЗУ.

На основі цих чинників здійснено кількісне прогнозування кадрових потреб. Прогнозована потреба у фахівцях за основними професійними групами розраховані до 2030 року. Структура прогнозованих дефіцитів по Україні відображена у таблиці 5.3.1 та рисунку 5.3.

Найбільший структурний дефіцит складають логопеди, фізичні та ерготерапевти. Саме ці фахи визначають функціональну ефективність МДК.

Виявлені критичні диспропорції. Київ, Львівська та Дніпропетровська області - ядро реабілітаційних кадрів. Вони матимуть найбільший абсолютний дефіцит, але й найбільшу спроможність зростати. Прифронтові регіони (Херсонська, Донецька, Луганська) - найуразливіші. У них дефіцит сягає 60-80 % навіть за мінімального прогнозу 2030 року.

Таблиця 5.3.1

Структура прогнозованих дефіцитів по Україні

Категорія	Поточна чисельність (2025)	Потреба (2030)	Прогнозований дефіцит
Лікарі ФРМ	2576	2300	
Фізичні терапевти	2620	4200	1580
Ерготерапевти	1782	2500	720
Асистенти ФТ	2440	3000	560
Асистенти ФТ	1399	2000	600
Психологи	1251	2400	1150
Логопеди	109	900	791

Для забезпечення мінімального функціонального рівня реабілітаційних служб у госпітальних кластерах України необхідно:

1. Лікарі з фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ) 3576 . Потреба до 2030 р.: 2300. Дефіцит: відсутній , що обумовлено розширенням реабілітаційних відділень у кластерах, взаємозамінністю фахівців, влаштування за сумісництвом та необхідністю забезпечення клінічного лідерства МДК.

2. Фізичні терапевти - потреба до 2030 р.: 4200, дефіцит: 1580 Фахівців. Це найбільш чисельна група реабілітаційної сфери, яка забезпечує основний обсяг терапевтичного втручання. Потреба збільшується у половину порівняно з наявним кадровим резервом.

3. Ерготерапевти - потреба до 2030 р.: 2500, дефіцит: 720 фахівців. Ерготерапія є найдефіцитнішою професією в системі, оскільки показник забезпеченості становить лише 17-20 % від нормативних потреб. В умовах війни роль ерготерапевтів у реадaptaції військовослужбовців, осіб із ампутаціями та когнітивними порушеннями зростає особливо швидко.

4. Логопеди та мовленнєві терапевти - потреба до 2030 р.: 900, дефіцит 791 фахівців. Зростання попиту на фахівців пов'язане зі збільшенням кількості пацієнтів із нейрореабілітаційними потребами (інсульт, травми голови, посттравматичні мовленнєві розлади).

5. Психологи та фахівці з психологічної реабілітації - потреба до 2030 р.: 2400, дефіцит: 1150 фахівця. Психологічний компонент реабілітації є критичним у роботі з ветеранами, особами, які пережили травматичний досвід, і пацієнтами з функціональними порушеннями.

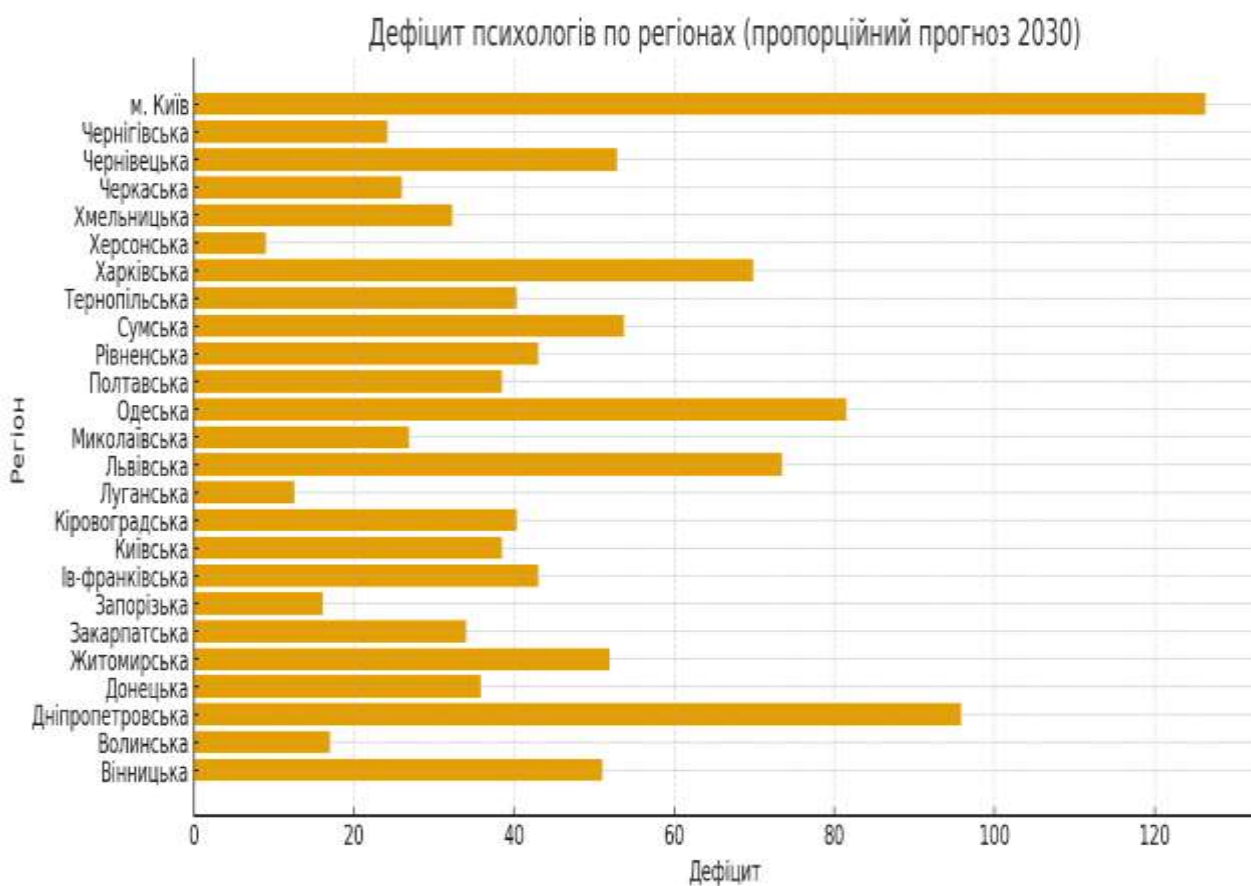


Рис.5.3. Дефіцит психологів по регіонах.

Сумарний прогнозований дефіцит становить понад: 5500 фахівців реабілітаційного профілю.

Це означає, що без системної кадрової політики та модернізації освітньої системи реабілітаційні потужності госпітальних кластерів будуть реалізовані лише частково, а навантаження на існуючий персонал - критично зростатиме.

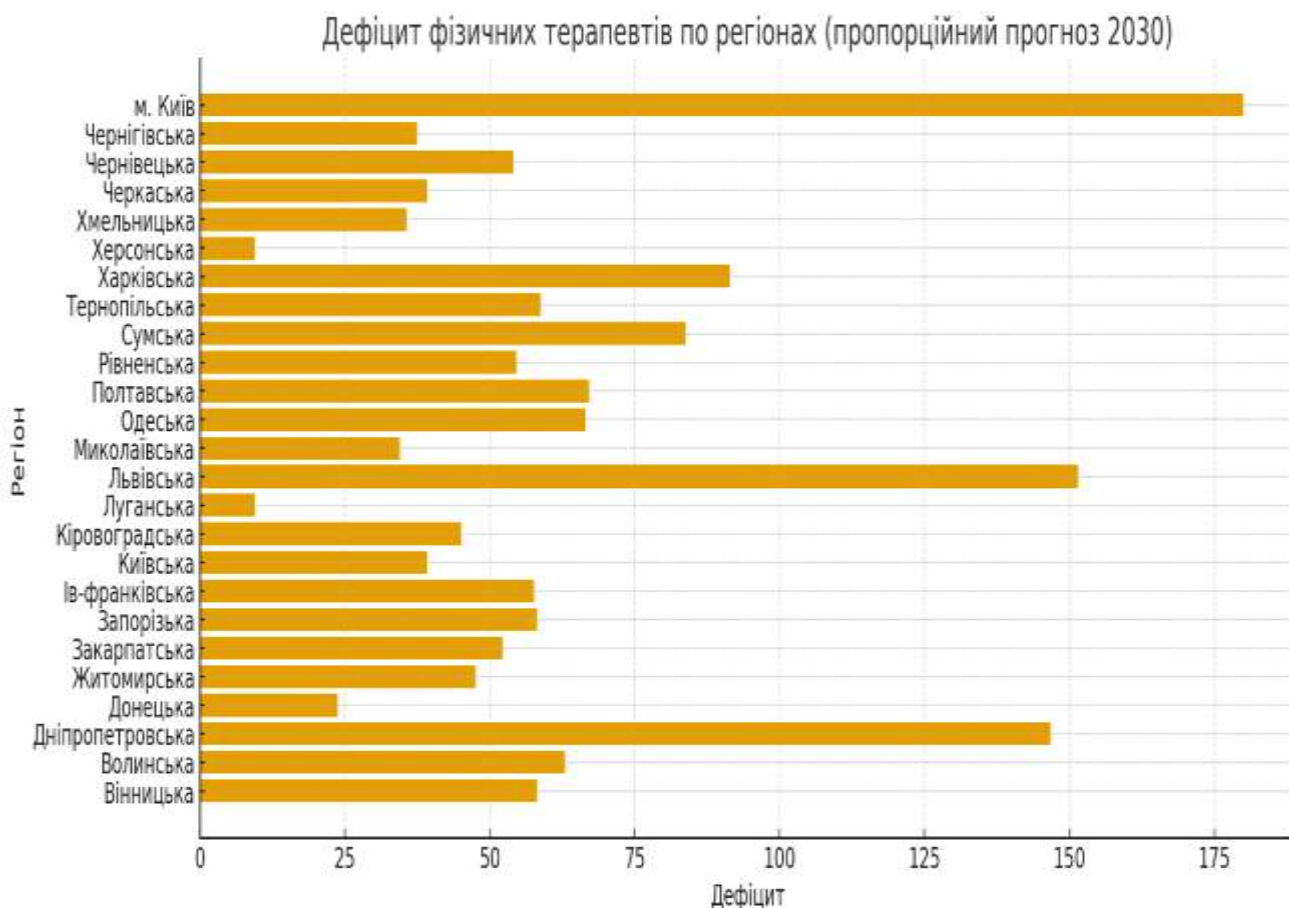


Рис.5.4 Дефіцит фізичних терапевтів по регіонах.

Проведений прогноз базується на кількох ключових закономірностях, виявлених у результаті аналізу:

1. Темпи приросту кадрів значно нижчі за темпи зростання потреб. Наприклад, чисельність ерготерапевтів зросла на 266 % за 2021-2024 рр., але їх фактична кількість залишається менше 20 % від нормативної.
2. Система підготовки кадрів не відповідає інституційним потребам кластерної моделі. Випускники немедичних спеціальностей не мають достатньої клінічної підготовки, а медичні університети не забезпечують потрібний обсяг спеціалістів ФРМ.

3. Нерівномірність кадрового розподілу зростає.

Ризикована ситуація спостерігається у прифронтових регіонах, де кадровий дефіцит сягає 70 %.

4. Сумісництво деформує реальні показники кадрового забезпечення.

Частина штатних посад закривається сумісниками, що не дає можливості забезпечити повний цикл реабілітації.

5. МДК у більшості випадків укрупнені, але не збалансовані.

Найчастіше відсутні ерготерапевти, логопеди, асистенти та психологи.

Прогноз кадрових потреб до 2030 року слугує: основою для планування кластерних програм розвитку персоналу, аргументом для запуску bridge-type програм у медичних університетах, підставою для формування державного замовлення на підготовку кадрів, інструментом для розроблення фінансових стимулів НСЗУ, науковим обґрунтуванням створення кластерних академій безперервного професійного розвитку, критерієм оцінки готовності регіонів до інтеграції в оновлену систему реабілітації.

Сформований прогноз засвідчує, що кадрова проблема має макросистемний характер і не може бути вирішена виключно шляхом збільшення кількості штатних посад. Для стабілізації кадрової ситуації необхідна інтеграція підходів громадського здоров'я, яка дозволяє оцінювати потреби населення, формувати профілактичні стратегії, оптимізувати навантаження на команди та підвищувати ефективність реабілітаційних відновлень.

Без масштабної підготовки РТ, ОТ та логопедів кластерна реформа не буде реалізована. Регіональні диспропорції посиляться до 2030 року, якщо не здійснити перерозподіл кадрів і стимулювання. Сумісництво перекручує реальні дані забезпеченості, і це підтверджено статистично.

Необхідно запровадити кластерні академії БПР, цифрову маршрутизацію та bridge-type програми. Прогноз доводить потребу в державному замовленні на підготовку >4000 додаткових фахівців.

Проведений комплексний аналіз кадрового забезпечення реабілітаційної допомоги в Україні, з використанням регіональних даних, системи пропорційного прогнозування та графічної оцінки диспропорцій, дав змогу встановити низку стратегічно важливих закономірностей, що визначають динаміку та перспективи розвитку МДК до 2030 року.

Матриця забезпеченості кадрами, побудована на основі нормованих показників, засвідчила наявність чітко вираженої регіональної асиметрії. Найвищі рівні кадрової спроможності демонструють м. Київ, Львівська, Дніпропетровська та Харківська області, які мають найбільш розвинені реабілітаційні інфраструктури та сформовані МДК. Натомість Луганська, Донецька, Херсонська та окремі західні регіони характеризуються критично низькими показниками забезпеченості, що безпосередньо корелює з обмеженою доступністю реабілітаційних послуг та нерівномірністю розгортання госпітальних кластерів.

Аналіз дефіциту за спеціальностями показав, що найбільш уразливими є групи фізичних терапевтів, ерготерапевтів, психологів і логопедів. Прогнозований розрив між наявними ресурсами та потребою до 2030 року значно варіює по регіонах, але загальнонаціональна тенденція свідчить про суттєву нестачу персоналу за всіма основними професійними напрямками. Найбільший відносний дефіцит зафіксовано у Дніпропетровській, Львівській та Київській областях (через високу базову кількість пацієнтів), а також у Луганській, Донецькій та Херсонській (через втрату інфраструктури та міграцію кадрів).

Отримані результати підтверджують, що існуючий кадровий потенціал не відповідає потребам системи реабілітації, яка функціонує в умовах війни, зростання рівня травматизму та зростання поширеності хронічних захворювань. Це обґрунтовує необхідність переходу до активної кадрової політики, орієнтованої на планування потреб, підготовку достатньої кількості фахівців та їхнє утримання в регіонах з найвищим навантаженням.

Рекомендації для МОЗ України та НСЗУ щодо кадрової політики у сфері реабілітації. На основі проведених кількісних та кореляційних оцінок обґрунтовуються такі рекомендації:

1. Формування національних нормативів кадрової забезпеченості

реабілітаційних служб: МОЗ України повинно затвердити стандартизовану структуру МДК з обов'язковим включенням лікаря ФРМ, ФТ, ЕТ, логопеда, психолога та асистентського персоналу. Нормативи мають враховувати тип кластеру (надкластерний, кластерний, підкластерний) та інтенсивність реабілітаційного навантаження.

2. Розширення державного замовлення на підготовку кадрів.

Розрахований дефіцит понад 5500 фахівців має стати підставою для збільшення бюджетних місць у ЗВО, особливо для ФТ, ЕТ та логопедів. Особливу увагу необхідно приділити регіонам з низькою кадровою спроможністю (Луганська, Херсонська, Донецька області).

3. Запуск «bridge-type» програм та післядипломної сертифікації.

Потрібно розробити короткострокові програми для професійних компетентностей: педагогів → логопедів, психологів → фахівців з психореабілітації, фізичних реабілітологів → ФТ/ЕТ за стандартами ЄС.

Стимулювання роботи у пріоритетних регіонах: фінансові стимули від НСЗУ (доплати за регіональний коефіцієнт); житлові програми для молодих фахівців; пільгові умови контактування для кластерних лікарень; розвиток цифрової екосистеми реабілітації. Обов'язкове ведення цифрових маршрутів пацієнтів (ЕСОЗ). Створення єдиного реєстру МДК і моніторингу кадрової спроможності по регіонах. Застосування електронної аналітики (e-Stock) для управління навантаженням. Формування кластерних центрів БПР. Побудова мережі «академій реабілітації» на базі надкластерних лікарень. Спільні програми МОЗ України - МОН України - міжнародних партнерів ВООЗ.

Висновки до розділу 5.

1. Проведений аналіз підтверджує, що формування функціонально-організаційної концептуальної моделі кадрового забезпечення реабілітаційної допомоги в умовах госпітального кластера потребує інтегрованого, системного та доказового підходу. Дефіцит ключових фахівців досягнув критичного рівня: за даними 2025 року, укомплектованість фізичними терапевтами становить лише 62 % від мінімальної потреби, ерготерапевтами – близько 71 %, а логопедами - лише 12 %. В окремих прифронтових регіонах дефіцит основних спеціалістів сягає 60-80 % навіть за мінімального прогнозу до 2030 року. Більшість (до 60 %) фахівців вимушені працювати за сумісництвом, коефіцієнт сумісництва для фізичних терапевтів становить 1,5, що свідчить про надмірне кадрове навантаження. У середньому лише 37 % закладів мають повністю функціонуючі МДК, а 47 % не мають стаціонарних ліжок для реабілітації.

2. Прогноз кадрових потреб до 2030 року засвідчує суттєвий національний дефіцит фахівців - понад 5 500 осіб. Найбільш виражені структурні розриви спостерігаються у групах фізичних терапевтів (потреба 4 200, дефіцит 1 580), ерготерапевтів (потреба 2 500, дефіцит 720), асистентів фізичних терапевтів (дефіцит 560), психологів (дефіцит 1 150) та логопедів (дефіцит 791, що становить понад 87 % від необхідної кількості). При цьому у Києві, Львівській, Дніпропетровській та Харківській областях спостерігається найбільший абсолютний дефіцит, у той час як Луганська, Донецька та Херсонська області є найуразливішими з точки зору забезпечення реабілітаційними кадрами. Кореляційний аналіз кадрової структури ($r = 0,70-0,99$) свідчить про системну взаємозалежність між рівнем розвитку базових і допоміжних спеціальностей, а також між кадровим забезпеченням і функціональною спроможністю МДК.

3. Доведено, що ключовими чинниками кадрової нестачі залишаються не лише кількісні, але й якісні аспекти: понад 50 % нових фахівців у сфері

реабілітації не мають достатньої клінічної підготовки, а частка практичних модулів у системі безперервного професійного розвитку не перевищує 20-25 % (у ЄС - понад 60 %). Територіальна асиметрія у кадровому забезпеченні призводить до суттєвої фрагментації реабілітаційного маршруту, затримок із наданням послуг і підвищення ризику професійного вигорання персоналу. Більше 40 % фахівців відзначають надмірне навантаження, а близько 30 % лікарень потребують розширення штатів для покриття реальних запитів населення.

4. Результати аналізу підкреслюють, що стратегічна трансформація системи реабілітації в Україні неможлива без активної кадрової політики та модернізації освітньої інфраструктури. Для подолання дефіциту та забезпечення сталості кадрового потенціалу рекомендується: запровадження національних нормативів для МДК із чітким визначенням складу; розширення державного замовлення у закладах вищої освіти щонайменше на 4 000 додаткових місць для фізичних терапевтів, ерготерапевтів і логопедів; запуск bridge-type програм для швидкої перепідготовки фахівців, зокрема педагогів і психологів, за європейськими стандартами; розробка фінансових і нематеріальних стимулів для роботи у найуразливіших регіонах; впровадження системи цифрового моніторингу та управління кадровими ресурсами, створення кластерних центрів безперервного професійного розвитку та академій реабілітації.

5. Запропонована концептуальна кадрова модель госпітального кластера визначає фундамент для модернізації реабілітаційної системи та формує умови для її стійкого функціонування в умовах воєнних і повоєнних викликів. Її впровадження дозволить забезпечити безперервність реабілітаційного маршруту, рівномірність доступу до послуг на всій території країни та відповідність професійних компетентностей персоналу сучасним міжнародним стандартам.

Результати досліджень даного підрозділу наведені у наступних публікаціях:

1. **Пожевілова А. А.,** Вовк С. М., Голубчиков М. В. Концептуальні підходи до створення міжінтегральної моделі реабілітації в Україні. Україна здоров'я нації №3 2025 С. [DOI: https://doi.org/10.32782/2077-6594/2025.3/24](https://doi.org/10.32782/2077-6594/2025.3/24)

2. **Пожевілова А.А.** Сучасні тенденції кадрового забезпечення реабілітаційної допомоги населення територіальних громад в умовах війни. XII Міжнародної науково-практичної Інтернет-конференції Організаційно-правові аспекти публічного управління в Україні м. Полтава, 2025. С. 155-157.

ВИСНОВКИ

У дисертаційному дослідженні вирішено актуальну науково-практичну проблему - обґрунтовано та розроблено концептуальну функціонально-організаційну модель кадрового забезпечення реабілітаційної допомоги на рівні госпітальних кластерів в Україні, що враховує сучасні міжнародні стандарти, регіональні особливості й гострі виклики воєнного часу.

1. Узагальнення міжнародного та національного досвіду реабілітаційної допомоги підтвердило, що сучасна реабілітаційна система може бути ефективною лише за умов інтеграції на всіх рівнях охорони здоров'я, орієнтації на біопсихосоціальну модель, розвитку мультидисциплінарних команд (МДК) та впровадження принципів ВООЗ Rehabilitation 2030. Міжнародна практика доводить необхідність планування кадрового потенціалу на основі епідеміологічних тенденцій, стандартизації професійних компетентностей і впровадження цифрових систем координації. Національна реформа охорони здоров'я створила нормативне підґрунтя для модернізації реабілітації, однак система все ще характеризується суттєвими структурними й кадровими диспропорціями, що потребує подальшої науково обґрунтованої трансформації. Встановлено, що інтеграція концептуальної моделі, МДК, кластерних підходів та цифрових рішень є ключовими світовими тенденціями.

2. Аналіз кадрового забезпечення системи реабілітації в Україні у 2024-2025 рр. виявив глибокий, системний дефіцит фахівців майже за всіма ключовими професіями. Станом на 01.01.2025 р. у країні зареєстровано 2 576 лікарів фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ), 2 620 фізичних терапевтів, 1 782 ерготерапевти, 2 440 асистентів фізичних терапевтів, 1 399 асистентів ерготерапевтів, 1 251 фахівця психологічного профілю та лише 109 логопедів. За рік найбільший приріст продемонстрували лікарі ФРМ (+41,9%), асистенти фізичних терапевтів (+55,8%), асистенти ерготерапевтів (+74,2%),

проте дефіцит кадрів залишається критичним: для повної потреби не вистачає понад 1 100 логопедів, близько 800 ерготерапевтів і понад 1 300 психологів.

3. Максимальна концентрація кадрів характерна для м. Київ (277 ФРМ, 303 фізичних терапевта), Дніпропетровської (256/247) та Львівської (206/255) областей. Натомість у Кіровоградській, Херсонській, Черкаській, Чернігівській, Закарпатській та Луганській областях фахівці окремих професій майже відсутні (наприклад, у Кіровоградській області - повна відсутність лікарів ФРМ, у Херсонській - лише 9, у Луганській - 22). Коефіцієнт сумісництва спеціалістів сягає 1,5-1,7, що свідчить про розповсюджену практику роботи на кількох посадах і перевантаження персоналу.

Встановлено залежність між розвитком кадрового потенціалу, інфраструктури та фінансування реабілітації. Понад 70% закладів охорони здоров'я використовують застаріле обладнання, модернізації найбільше потребують районні та комунальні установи.

4. Програма медичних гарантій (ПМГ) покриває лише 60-70% вартості курсу реабілітації. У 2025 р. бюджет реабілітаційних пакетів зріс до 6,94 млрд грн (+38% порівняно з 2024 р.), при цьому 87,2% коштів спрямовано комунальним закладам. Кількість закладів, що надають стаціонарну реабілітацію, збільшилася з 286 до 332 (+16%), а кількість щоденних реабілітаційних сеансів - з 3 000 у 2022 р. до понад 12 000 у 2024 р. У 2024 р. державне фінансування реабілітаційних пакетів досягло 5,02 млрд грн (76,1% - комунальний сектор), а у 2025 р. - 6,94 млрд грн (87,2% комунальний сектор), що становить приріст на 38%. Проте фактичне покриття витрат на курс реабілітації складає лише 60-70%. Кількість закладів, які надають стаціонарну реабілітацію, зросла з 286 у 2024 р. до 332 у 2025 р. (+16%), а кількість щоденних реабілітаційних сеансів - із 3 000 у 2022 р. до понад 12 000 у 2024 р., що свідчить про трикратне зростання попиту.

5. Проведений SWOT-аналіз визначив стратегічні переваги, проблеми та можливості системи реабілітації. Сильними сторонами є розгалужена мережа

закладів, інтеграція цифрових рішень, міжнародна підтримка, наявність нормативної бази. Вразливості включають: кадровий дефіцит (до 50% логопедів, 40% ерготерапевтів відсутні у більшості регіонів), матеріально-технічну відсталість (70% закладів), нестачу фінансування, освітні дисбаланси, відтік кадрів, фрагментацію маршрутів. Ключові можливості: розвиток госпітальних кластерів, запуск bridge-type програм, професійних компетентностей, залучення міжнародних інвестицій, цифровізація, впровадження національної системи моніторингу якості реабілітації. Загрози: поглиблення дефіциту, економічна нестабільність, регіональна нерівність та вплив воєнних дій.

6. Доведено, що у кластерній структурі домінують заклади та спеціалізовані центри, які охоплюють по $35,9 \pm 7,6$ % відповідно, надкластерні - $5,1 \pm 3,5$ %. Усі опитані керівники повідомили про надання реабілітаційних послуг із широким спектром напрямів: фізична ($82,1 \pm 6,1$ %), психологічна ($79,5 \pm 6,4$ %), неврологічна ($74,4 \pm 7,0$ %), мультидисциплінарна ($74,4 \pm 7,0$ %), паліативна підтримка ($35,9 \pm 7,6$ %), протезування-ортезування ($20,5 \pm 6,5$ %), кардіореабілітація ($38,5 \pm 7,8$ %).

Кадровий склад структурований, але лише $44,8 \pm 4,9$ % лікарів вважають його достатнім, ще $40,0 \pm 4,8$ % - частково. У понад $51,3 \pm 8,0$ % закладів МДК функціонує не повністю, що зумовлює нерівномірність якості послуг. Лише $37,1 \pm 5,8$ % установ мають повноцінну МДК. Значна частка центрів не забезпечена стаціонарними ліжками ($47,1 \pm 6,0$ %), а амбулаторний сегмент у $68,6 \pm 5,5$ % закладів обмежується навантаженням до 20 пацієнтів на місяць. Головними групами є постраждалі після травм ($43,6 \pm 7,1$ %), інсультів ($23,1 \pm 6,3$ %), операцій ($28,2 \pm 7,2$ %), особи з інвалідністю ($25,6 \pm 6,7$ %).

7. Розроблено систему критеріїв для визначення кадрових нормативів, що враховує реальний дефіцит спеціалістів у регіонах і потребу в пропорційному розвитку усіх профільних груп. Кореляційний аналіз (матриця Пірсона) виявив тісні позитивні зв'язки між кількістю лікарів ФРМ та

ерготерапевтів ($r = 0,97$), фізичних терапевтів і ерготерапевтів ($r = 0,99$). Середні позитивні кореляції ($r = 0,70$ – $0,80$) спостерігаються між логопедами, психологами, асистентами - це свідчить про поступове формування інтегрованих, нейрореабілітаційних і психосоціальних складових сучасної системи. Підтверджено тісний кореляційний зв'язок між розвитком базових і допоміжних спеціальностей ($r = 0,70$ – $0,99$), що відображає інтегративну сутність сучасної моделі реабілітації. Рекомендовано підвищити державне замовлення на підготовку фахівців, запровадити програми швидкої перепідготовки, фінансові стимули для роботи у найуразливіших регіонах, розвиток безперервної освіти, цифрових сервісів та міжсекторальної співпраці.

8. Розроблено функціонально-організаційну концептуальну модель реабілітаційної допомоги для кластерних лікарень, яка забезпечує інтеграцію військової та цивільної реабілітації на основі сучасних міжнародних підходів та біопсихосоціальної моделі. Концептуальна модель передбачає: впровадження стандартизованих реабілітаційних маршрутів для основних категорій пацієнтів з використанням міжнародних та національних клінічних протоколів; чітку структуру МДК із визначенням професійного складу, ролей і функціональних обов'язків; інтеграцію цифрових систем моніторингу, управління і аналітики, що забезпечує прозорість маршрутів і якісне ведення пацієнтів; запровадження системи індикаторів функціонального відновлення та механізмів внутрішнього і зовнішнього контролю якості реабілітаційної допомоги; оптимізацію фінансування та інфраструктурного забезпечення через міжкластерні порівняння та використання індикаторів кадрової й матеріальної спроможності; міжсекторальну взаємодію із соціальними, науковими, військово-медичними та міжнародними організаціями; системний розвиток кадрового потенціалу через безперервне професійне навчання, акредитацію, стажування й удосконалення управлінських компетенцій.

Запропонована модель створює підґрунтя для забезпечення комплексної, ефективної та стійкої реабілітації, що відповідає сучасним викликам та стандартам громадського здоров'я.

9. Прогноз кадрових потреб системи реабілітаційної допомоги України до 2030 року свідчить про формування суттєвого загальнонаціонального дефіциту понад 5 500 фахівців, що матиме системний вплив на спроможність госпітальних кластерів забезпечувати безперервну та якісну реабілітацію. Найбільш критичними професійними групами є: фізичні терапевти - орієнтовний дефіцит близько 3 800 фахівців; ерготерапевти - понад 2 300 фахівців; логопеди - не менше 435 фахівців.

Список використаних джерел

1. World Health Organization. Rehabilitation : fact sheet. Geneva : WHO, 2023. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>.
2. World Health Organization. Rehabilitation in health systems. Geneva : WHO, 2017. 192 p. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/254506>.
3. Cieza A., Causey K., Kameňov K. et al. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019. Lancet. 2020. Vol. 396. P. 2006–2017. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32340-0.
4. Mishra S., Gosling J., Laplante-Lévesque A. et al. The need for rehabilitation services in the WHO European Region is substantial and growing. Lancet Regional Health – Europe. 2022. Vol. 24. P. 100550. DOI: 10.1016/j.lanepe.2022.100550.
5. World Health Organization. Template for Rehabilitation Information Collection (TRIC). Geneva : WHO, 2019. 40 p. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330956>.
6. World Health Organization. Rehabilitation 2030: A Call for Action. Geneva : WHO, 2017. URL: <https://www.who.int/publications/m/item/rehabilitation-2030-a-call-for-action>.
7. Gimigliano F., Negrini S. Rehabilitation 2030: a call for action. European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine. 2017. Vol. 53, №. 2. P. 155–168. DOI: 10.23736/S1973-9087.17.04746-3.
8. World Health Organization Regional Office for Europe. Situation assessment of rehabilitation in Ukraine. Copenhagen : WHO Europe, 2021. URL: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289056304>.
9. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я : Закон України від 03.12.2020 р. № 1053-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>.

10. Про затвердження Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16.11.2022 р. № 2083. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1516-22#Text>.

11. Про затвердження плану заходів із впровадження Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я : розпорядження Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 р. № 1008-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1008-2017-p#Text>.

12. Про реалізацію експериментального проєкту щодо запровадження дуальної форми здобуття вищої освіти : постанова Кабінету Міністрів України від 27.08.2024 р. № 981. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/981-2024-p#Text>.

13. Про затвердження Примірного табелю матеріально-технічного оснащення : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31.05.2023 р. № 995. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995-2023-p#Text>.

14. Про затвердження Порядку функціонування госпітальних округів і госпітальних кластерів та встановлення їх меж: постанова Кабінету Міністрів України від 28.02.2023 р. № 174. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-p#Text>.

15. Про затвердження змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я»: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 10.10.2023 р. № 1769. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1736-23#Text>.

16. Про внесення змін до постанов Кабінету Міністрів України щодо організації реабілітації у сфері охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України від 01.12.2023 р. № 1285. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1285-2023-p#Text>.

17. Про затвердження Порядку функціонування кабінетів асистивних технологій: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21.07.2023 р. № 1338. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1266-23#Text>.

18. Про затвердження Порядку функціонування госпітальних округів і госпітальних кластерів та встановлення їх меж: постанова Кабінету Міністрів України від 07.12.2023 р. № 1306. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1306-2023-п#Text>.

19. Про внесення змін до деяких нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 06.05.2024 р. № 788. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0706-24#Text>.

20. Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України: постанова Кабінету Міністрів України від 22.12.2023 р. № 1394. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1394-2023-п#Text>.

21. Міністерство охорони здоров'я України. Розвиток системи реабілітаційної допомоги : офіц. вебсайт. URL: <https://moz.gov.ua>.

22. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні у 2023 році. Київ : МОЗ України, 2024. URL: <http://medstat.gov.ua>.

23. Національна служба здоров'я України. Програма медичних гарантій : офіц. вебсайт. URL: <https://nszu.gov.ua>.

24. Центр медичної статистики МОЗ України. Інфраструктура закладів охорони здоров'я : офіц. вебресурс. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/statdan.html>.

25. Брич В. В. Кадрове забезпечення сфери реабілітаційної допомоги. Україна. Здоров'я нації. 2021. № 3. С. 58–66.

26. Михальчук В. М., Пожевілова А. А. Реабілітаційна допомога у програмі медичних гарантій. Лікарська справа. 2024. № 4. С. 13–24. DOI: 10.31640/LS-2024-4-02.

27. Панковець А. В., Юрочко Т. П. Кадрове забезпечення реабілітаційної системи. Україна. Здоров'я нації. 2024. № 3. С. 94–100.
28. Нагурна Я. Становлення системи реабілітації в Україні. Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я. 2024. № 4(18). С. 69–76. DOI: 10.32689/2663-0672-2024-4-10.
29. Про затвердження Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16.11.2022 р. № 2083. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1516-22#Text>.
30. World Health Organization. Rehabilitation in health systems: Guide for action. Geneva : WHO, 2022. 156 p. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515986>.
31. World Health Organization Regional Office for Europe. Situation assessment of rehabilitation in Ukraine (STARS report). Copenhagen : WHO Europe, 2021. URL: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289056304>.
32. Adenan N., Abdullah N., Said N. et al. Community-based rehabilitation: organisational practices. International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences. 2023. Vol. 13. DOI: 10.6007/IJARBS/v13-i11/19749.
33. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva : WHO, 2001. URL: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>.
34. World Health Organization. Rehabilitation in health systems: Guide for action. Geneva : WHO, 2019. 120 p. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/325607>.

35. World Health Organization. Systematic Assessment of Rehabilitation Situation (STARS). Geneva : WHO, 2019. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-19.1>.
36. World Health Organization Regional Office for Europe. Rehabilitation in the WHO European Region. Copenhagen : WHO Europe, 2020. URL: <https://www.who.int/europe/teams/Noncommunicable-diseases/rehabilitation>.
37. Gimiglia F., Negrini S. The World Health Organization “Rehabilitation 2030: a call for action”. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2017. Vol. 53, №. 2. P. 155–168. DOI: 10.23736/S1973-9087.17.04746-3.
38. European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on PRM in Europe. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2018. Vol. 54, №. 2. P. 261–278. DOI: 10.23736/S1973-9087.18.05152-3.
39. Сердюк О. І. та ін. Реабілітаційна допомога в Україні: виклики і відповідь. Матеріали наукової конференції. Ужгород, 2024. С. 121-127.
40. Christophers L., Torok Z., Trayer A., Hong G. C., Carroll A. Interdisciplinary teamworking in rehabilitation. *BMC Health Services Research*. 2025. Vol. 25, №. 1. Art. 651. DOI: 10.1186/s12913-025-12795-6.
41. Хожило І. І. Розвиток системи підготовки медичних кадрів в Україні: реабілітаційний напрям. *Суспільство та національні інтереси*. 2025. № 4. С. 922–932. DOI: 10.52058/3041-1572-2025-4(12)-922-932.
42. Яремчук О. В., Берлінець І. А. Державне управління у сфері медичної реабілітації. *Демократичне врядування*. 2018. Вип. 21.
43. McIntyre D. et al. Strengthening health systems to improve health outcomes. Geneva : World Health Organization, 2021. 453 p.
44. Михальчук В. М., Пожевілова А. А. Реабілітаційна допомога у програмі медичних гарантій та проблеми її кадрового забезпечення. *Лікарська справа (Medical Affairs)*. 2024. № 4. С. 13–24. DOI: 10.31640/LS-2024-4-02.

45. Вовк С. М., Голубчиков М. В., Пожевілова А. А. Концептуальні підходи до створення міжінтегральної моделі реабілітації в Україні. Україна. Здоров'я нації. 2025. № 3(81).
46. Національна служба здоров'я України. Програма медичних гарантій : аналітичні звіти 2023–2025 рр. URL: <https://nszu.gov.ua>.
47. Слабкий Г. О. Фізична реабілітація як складова громадського здоров'я. Україна. Здоров'я нації. 2022. № 1(2). С. 5–11.
48. Бакалюк Т. Г. та ін. МКФ в управлінні реабілітацією. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2019. № 4. С. 36–39.
49. Попович Д. В. та ін. Роль МКФ у постановці цілей реабілітації. Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2023. № 2. С. 118–123. DOI: 10.11603/1811-2471.2023.v.i2.13901.
50. Іпатов А. В., Саніна Н. А., Ханюкова І. Я. Оцінка ефективності реабілітації на засадах МКФ. Медичні перспективи. 2021. Т. 26, № 2. С. 153–159.
51. World Health Organization. Situation analysis of stroke care in Ukraine. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2024. 65 p.
52. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні у 2023 році : статистичний довідник. Київ : МОЗ України, 2024. URL: <http://medstat.gov.ua>.
53. Брич В. В. Кадрове забезпечення сфери реабілітаційної допомоги. Україна. Здоров'я нації. 2021. № 3. С. 58–66.
54. Міністерство охорони здоров'я України. Розвиток системи реабілітаційної допомоги : офіц. вебсайт. URL: <https://moz.gov.ua>.
55. Про схвалення Концепції розвитку електронної охорони здоров'я : розпорядження Кабінету Міністрів України від 28.12.2020 р. № 1671-р.
56. Деякі питання функціонування електронної системи охорони здоров'я : постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 р. № 411.

57. Александренко Г. Концептуальні засади цифрової охорони здоров'я. Наукові інновації та передові технології. 2024. № 1(29). С. 170-186.
58. Замчій С. В. Цифрові проекти розвитку охорони здоров'я. Державне будівництво. 2024. № 2(36). С. 681–694. DOI: 10.26565/1992-2337-2024-2-47.
59. Романчук О. та ін. Телереабілітація. Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. 2024. Т. 14, № 4(54). С. 183-190.
60. Палагін О. В., Семікопна Т. В., Чайковський І. А., Сивак О. В. Телереабілітація: ІТ-підтримка. Клінічна інформатика і телемедицина. 2020. Т. 15, вип. 16. С. 35-44.
61. Бакалюк Т. Г. та ін. Телереабілітація дітей. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2024. № 1. С. 89-94.
62. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я : Закон України від 03.12.2020 р. № 1053-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>.
63. Про затвердження Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16.11.2022 р. № 2083. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1516-22#Text>.
64. Про затвердження Примірного табелю матеріально-технічного оснащення стаціонарних реабілітаційних відділень : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31.05.2023 р. № 995. URL: <https://zakon.rada.gov.ua>.
65. Про затвердження Плану заходів із впровадження Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я : розпорядження Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 р. № 1008-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1008-2017-%D1%80#Text>.

66. Про затвердження Національного класифікатора НК 030:2022 «Класифікатор професій» : наказ Міністерства економіки України від 09.04.2022 р. № 810-22. URL: <https://www.me.gov.ua>.

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

68. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України від 07.12.2017 р. № 2347-VIII (ст. 35-5 «Медична реабілітація»). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text>.

69. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики : постанова Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 р. № 285. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-%D0%BF#Text>.

70. Про затвердження змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я» : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 10.10.2023 р. № 1769 (професії: «Ерготерапевт», «Фізичний терапевт», «Терапевт мови та мовлення», асистенти). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1736-23#Text>.

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

72. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України від 07.12.2017 р. № 2347-VIII (ст. 35-5 «Медична реабілітація»).

73. Про затвердження Програми медичних гарантій на 2025 рік : постанова Кабінету Міністрів України від 24.12.2024 р. № 1503.

74. Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 302 (щодо залучення фахівців спеціальності 227 «Фізична

терапія, ерготерапія» до системи безперервного професійного розвитку) : постанова Кабінету Міністрів України від 29.09.2023 р. № 1036.

75. Про затвердження змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я» (професії: «Ерготерапевт», «Фізичний терапевт», «Терапевт мови та мовлення», асистенти) : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 10.10.2023 р. № 1769.

76. Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України щодо організації надання реабілітаційної допомоги (включення соціального працівника до складу мультидисциплінарної команди) : постанова Кабінету Міністрів України від 01.12.2023 р. № 1285.

77. Про затвердження Порядку функціонування кабінетів асистивних технологій : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21.07.2023 р. № 1338.

78. Про затвердження Порядку забезпечення допоміжними засобами реабілітації та виплати компенсації за самостійно придбані допоміжні засоби реабілітації : постанова Кабінету Міністрів України від 07.12.2023 р. № 1306.

79. Про затвердження Зміни № 10 до Національного класифікатора ДК 003:2010 «Класифікатор професій» (професія «Терапевт мови та мовлення») : наказ Міністерства економіки України від 25.10.2022 р. № 810/21

80. Про затвердження Зміни № 11 до Національного класифікатора ДК 003:2010 «Класифікатор професій» : наказ Міністерства економіки України від 29.12.2022 р. № 5573.

81. Про затвердження Номенклатури лікарських спеціальностей, Положення про інтернатуру та стандарту вищої освіти зі спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія» : нормативно-правові акти Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства освіти і науки України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0747-05#Text>.

82. Професійний стандарт «Протезист-ортезист» : затверджено наказом (реєстраційний № 0009-б/ф) від 05.10.2023 р.

83. Про внесення змін до деяких нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України (у частині організації інтернатури з фізичної та реабілітаційної медицини) : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 06.05.2024 р. № 788.

84. Про активізацію роботи щодо забезпечення прав людей з інвалідністю : Указ Президента України від 03.12.2015 р. № 678/2015. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/678/2015#Text>.

85. Про затвердження Плану заходів із впровадження Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я : розпорядження Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 р. № 1008-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1008-2017-%D1%80#Text>.

86. Про затвердження національного класифікатора НК 030:2022 «Класифікатор професій» : наказ Міністерства економіки України від 09.04.2022 р. № 810-22. URL: <https://www.me.gov.ua>.

87. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva : WHO, 2001.

88. Бакалюк Т. Г. та ін. МКФ в управлінні реабілітацією. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2019. № 4. С. 36-39.

89. Попович Д. В. та ін. Роль МКФ у постановці цілей реабілітації. Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2023. № 2. С. 118–123. DOI: 10.11603/1811-2471.2023.v.i2.13901.

90. Chatterji S., Byles J., Cutler D., Seeman T., Verdes E. Disability in older adults. Lancet. 2015. Vol. 385, №. 9967. P. 563–575. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61462-8.

91. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України від

07.12.2017 р. № 2347-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text>.

92. Звіт за результатами ситуаційного аналізу допомоги пацієнтам із гострим інсультом в Україні. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2024. URL: <https://www.who.int/ukraine/uk/publications/WHO-EURO-2024-9677-49449-73972>.

93. Іпатов А. В., Саніна Н. А., Ханюкова І. Я. Оцінка ефективності індивідуальної комплексної реабілітації хворих на засадах Міжнародної класифікації функціонування. Медичні перспективи. 2021. Т. 26, № 2. С. 153-159.

94. КМУ визначив умови ліцензування для всіх надавачів реабілітаційної допомоги. Довідник головної медичної сестри. 2023. № 10. С. 7-16.

95. Костроба В. І., Миронюк В. І. Розрахунок потреби в забезпеченні дорослого населення з ментальними порушеннями в соціально-реабілітаційних послугах. Україна. Здоров'я нації. 2019. № 2. С. 69-74.

96. Бакалюк Т. Г. [та ін.] Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я в управлінні реабілітацією. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2019. № 4. С. 36-39.

97. МОЗ затвердило нову форму первинної облікової документації й протипоказання для реабілітаційної допомоги. Довідник головної медичної сестри. 2023. № 10. С. 6.

98. Мостепан Т. В., Горачук В. В., Долженко М. М. Законодавче регулювання реабілітації в сфері охорони здоров'я в Україні. Україна. Здоров'я нації. 2021. № 1(1). С. 81-87. URL: <http://healty-nation.uzhnu.edu.ua/article/view/227160>.

99. Нагурна Я. Становлення системи реабілітації в Україні в умовах сьогодення: виклики та перспективи. Сучасна медицина, фармація та

психологічне здоров'я. 2024. № 4(18). С. 69-76. DOI: 10.32689/2663-0672-2024-4-10.

100. Про затвердження Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16.11.2022 р. № 2083. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1516-22#Text>.

101. Шевчук В. І. [та ін.] Організація медичної реабілітації в провідних країнах світу. Вісник проблем біології і медицини. 2019. Т. 2, № 1. С. 51-55.

102. Палагін О. В., Семікопна Т. В., Чайковський І. А., Сивак О. В. Телереабілітація: інформаційно-технологічна підтримка та досвід використання. Клінічна інформатика і телемедицина. 2020. Т. 15, вип. 16. С. 35-44.

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

104. Про затвердження Зміни № 10 до Національного класифікатора ДК 003:2010 «Класифікатор професій» : наказ Міністерства економіки України від 25.10.2021 р. № 810. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0810930-21#Text>.

105. Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я : постанова Кабінету Міністрів України від 03.11.2021 р. № 1268. Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров'я. 2022. № 1. С. 24-43.

106. Про затвердження Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16.11.2022 р. № 2083. URL: <https://zakon.rada.gov.ua>.

107. Деякі питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я : постанова Кабінету Міністрів України від 16.12.2022 р. № 1462. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1462-2022-%D0%BF#Text>.

108. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році : постанова Кабінету Міністрів України від 24.12.2024 р. № 1503. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1503-2024-%D0%BF#Text>.

109. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я : постанова Кабінету Міністрів України від 28.02.2023 р. № 174. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#Text>.

110. Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 14 липня 2021 р. № 725 : постанова Кабінету Міністрів України від 29.09.2023 р. № 1036. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-vnesennia-zmin-do-posta№vy-kabinetu-ministriv-a1036>.

111. Про затвердження змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я» : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 10.10.2023 р. № 1769. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1769282-23#Text>.

112. McNeely M. L. et al. Interdisciplinary rehabilitation care team. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2016. Vol. 20, №. 6. P. S8-S16.

113. Попович А. М., Сабовчик А. І. Правове регулювання соціальної роботи в реабілітації. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право*. 2025. Вип. 87, ч. 2. С. 119-125.

114. Миронюк І. С., Слабкий Г. О. Реабілітаційна система України: виклики та рішення. *Україна. Здоров'я нації*. 2023. № 2(68). С. 5-11.

115. European Parliament. *Integrated Care Models in EU Health Systems*. Brussels, 2022. 127 p.

116. Knoor T., Dettmers S., Meyer T. *Social work in medical rehabilitation. Rehabilitation (Stuttgart)*. 2019. Vol. 58, №. 2. P. 89–95. DOI: 10.1055/a-0618-0921.

117. Ministry of Defence of Ukraine. *Medical and Rehabilitation Needs Report 2023–2024*. Kyiv, 2024. 67 p

118. World Health Organization Regional Office for Europe. Rehabilitation for war-related injuries: technical guidance. Copenhagen, 2023. 43 p.
119. European Board of Physical and Rehabilitation Medicine. Workforce Strategy Report. 2021. 79 p.
120. ISO; World Health Organization. International standards for rehabilitation service quality. Geneva, 2020. 149 p.
121. Державна служба статистики України. Реєстри інвалідності. 2024.
122. Ghaffar A. et al. Integrating rehabilitation into health systems. Health Research Policy and Systems. 2024. Vol. 22. DOI: 10.1186/s12961-024-01235-2.
123. Національна служба здоров'я України. Аналітичні панелі Програми медичних гарантій. 2024-2025. URL: <https://edata.e-health.gov.ua>.
124. Mishra S., Gosling J., Laplante-Lévesque A., Zapata T., Azzopardi-Muscat N. The need for rehabilitation services in the WHO European Region is substantial and growing. Lancet Regional Health – Europe. 2022. Vol. 24. Art. 100550. DOI: 10.1016/j.lanep.2022.100550.
125. Altman B. M. Definitions and measures of disability. Annals of Epidemiology. 2014. Vol. 24, №. 1. P. 2-7.
126. GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global disease burden disability analysis. Lancet. 2017. Vol. 390. P. 1211–1259.
127. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global years lived with disability (YLDs). Lancet. 2018. Vol. 392. P. 1789-1858.
128. Stucki G., Bickenbach J., Gutenbrunner C., Melvin J. Rehabilitation: the health strategy of the 21st century. Journal of Rehabilitation Medicine. 2018. Vol. 50. P. 309-316.
129. Madsen L. S., Handberg C., Jensen C. M., Nielsen C. V. Community-based rehabilitation: a systematic review. Disability & Society. 2020. Vol. 36, №. 7. P. 1073–1098. DOI: 10.1080/09687599.2020.1783206.

130. Mohamed A., Viridi M. K., Roux J. et al. Community-based rehabilitation in armed conflict. Disability, CBR & Inclusive Development. 2023. Vol. 33, №. 4. P. 44-68.
131. Jahan A., Ellibidy A. Review of conceptual models for rehabilitation research. Journal of Rehabilitation Sciences. 2017. Vol. 2. P. 46-53. DOI: 10.11648/j.rs.20170202.14.
132. World Health Organization; European Observatory on Health Systems and Policies. Financing and organization of rehabilitation in Ukraine. 2024. URL: <https://moz.gov.ua>.
133. Міністерство охорони здоров'я України. Флагманський проєкт розвитку реабілітації. 2023. URL: <https://moz.gov.ua>.
134. Слабкий Г. О. Фізична реабілітація як складова громадського здоров'я. Україна. Здоров'я нації. 2022. № 1(2). С. 5-11.
135. PubMed; Google Scholar. Наукометричні та бібліографічні пошукові платформи. URL: <https://scholar.google.com>.
136. Литвиненко О. В., Дондик Н. Я., Демченко В. О., Британова Т. С. Соціальна фармація : навчально-методичний посібник до практичних занять для студентів 5 курсу 1-го фармацевтичного факультету спеціальності «Фармація, промислова фармація» / уклад. Запоріжжя : ЗДМУ, 2021. 108 с.
137. Брич В. В. Кадрове забезпечення сфери реабілітаційної допомоги. Україна. Здоров'я нації. 2021. № 3. С. 58-66.
138. Панковець А. В., Юрочко Т. П. Кадрове забезпечення реабілітаційної системи в Україні. Україна. Здоров'я нації. 2024. № 3. С. 94-100.
139. Безверхнюк Т. М., Бабова І. К. Забезпечення якості реабілітаційної допомоги: організаційно-методичний аспект. Медичні перспективи. 2022. Т. 27, № 4. С. 222-230.

140. Берлінець І. А. Зарубіжний досвід медичної реабілітації: перспективи для України. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2019. № 4. DOI: 10.32702/2307-2156-2019.4.100.
141. Брич В. В. Реалізація медичної реабілітації в умовах реформування системи охорони здоров'я. Український медичний часопис. 2020. Т. 2, № 3. С. 27-30.
142. Брич В. В. Зміцнення реабілітації як стратегії охорони здоров'я: позиція ВООЗ. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2021. № 4. С. 31-37.
143. Виноградов О. О., Гужва О. І., Володіна В. С. Терапія «дія–спостереження» у реабілітаційній практиці. Україна. Здоров'я нації. 2019. № 2. С. 157-158.
144. Горошко В. І., Гордієнко О. В. Діджиталізація ринку реабілітаційних послуг. Клінічна та профілактична медицина. 2021. № 1. С. 73-82.
145. Дорофєєва О. Є. та ін. Реабілітаційний діагноз при мінно-вибухових пораненнях гомілки на основі МКФ. Медичні перспективи. 2023. Т. 28, № 2. С. 143-149.
146. ЕСОЗ міститиме індивідуальні реабілітаційні плани пацієнтів. Довідник головної медичної сестри. 2023. № 4. С. 7.
147. КМУ визначив умови ліцензування для надавачів реабілітаційної допомоги. Довідник головної медичної сестри. 2023. № 10. С. 7.
148. Міністерство охорони здоров'я України. Нова форма первинної облікової документації для реабілітації. Довідник головної медичної сестри. 2023. № 6. С. 6.
149. Про реалізацію Програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році : постанова Кабінету Міністрів України від 22.12.2023 р. № 1394.

150. Briggs A. M., Dreinhöfer K. E. Rehabilitation 2030 and musculoskeletal care. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*. 2017. Vol. 47, №. 5. P. 297-300. DOI: 10.2519/jospt.2017.0105.
151. Holyck V., Syvak O., Gutenbrunner C. et al. National rehabilitation plan of Ukraine. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2021. Vol. 53, №. 3.
152. Bashkirtsev O., Gaievskaya V., Zimba O., Gasparyan A. Multidisciplinary rehabilitation in crisis. *Anti-Aging Eastern Europe*. 2022. Vol. 1, №. 2. P. 92–95.
153. Безверхнюк Т. М., Бабова І. К. Забезпечення якості реабілітаційної допомоги: організаційно-методичний аспект. *Медичні перспективи*. 2022. Т. 27, № 4. С. 222-230.
154. Звіт за результатами ситуаційного аналізу допомоги пацієнтам із гострим інсультом в Україні. Copenhagen : World Health Organization Regional Office for Europe, 2024. URL: <https://www.who.int/ukraine/uk/publications/WHO-EURO-2024-9677-49449-73972>.
155. European Commission. *European Skills Agenda for Sustainable Competitiveness, Social Fairness and Resilience*. Brussels : European Commission, 2020.
156. Płaszewski M. et al. Evidence-based practice among physiotherapists in Poland. *PLoS ONE*. 2022. Vol. 17, №. 6.
157. Kostrzewa D. et al. Migration intentions of Polish physiotherapists. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022. Vol. 19, №. 21.

ДОДАТКИ

Додаток А

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Статті у наукових фахових виданнях

В журналах категорії А

1. **Пожевілова А. А.,** Вовк С. М., Голубчиков М. В. Концептуальні підходи до створення міжінтегральної моделі реабілітації в Україні. Україна здоров'я нації №3 2025 С. 214-221

[DOI: https://doi.org/10.32782/2077-6594/2025.3/24](https://doi.org/10.32782/2077-6594/2025.3/24)

В журналах категорії Б

2. **Пожевілова А. А.,** Пожевілова К.В., Безперервний професійний розвиток лікаря-стоматолога (2021) [] / К. Пожевілова // Oral and General Health. - 2021. - Т. 2, № 4. С. 42-45 .[DOI: //doi.org/10.22141/ogh.2.4.2021.251148](https://doi.org/10.22141/ogh.2.4.2021.251148)

3. **Пожевілова А. А.,** Пожевілова К.В., Акредитація медичних закладів України під час воєнного стану ORAL GENERAL HEALTH Том 3, № 3-4 2023. С 32-40.[DOI:/doi.org/10.22141/ogh.4.3-4.2023.169](https://doi.org/10.22141/ogh.4.3-4.2023.169)

4. **Пожевілова А. А.,** Михальчук В.М., Мельник В.М. Значення територіальної громади в забезпеченні надання реабілітаційних послуг населення в Україні/, / Лікарська справа 3(1172) 2024 С.23-31

[DOI: https://doi.org/10.31640/LS-2024-3-03](https://doi.org/10.31640/LS-2024-3-03)

5. **Пожевілова А. А.,** Михальчук В.М. Реабілітаційна допомога у програмі медичних гарантій та проблеми її кадрового забезпечення. Лікарська справа 3(1172) 2024 С.23-31.[DOI: https://doi.org/10.31640/LS-2024-4-02](https://doi.org/10.31640/LS-2024-4-02)

Матеріали конференцій

6. **Пожевілова А. А.,** Журавель В. І., Борковський Д. С., Журавель В. В. Визначальні професійно-особисті властивості керівника-менеджера системи

медичної допомоги населенню у діловому комунікативному процесі. The 2nd International scientific and practical conference “Innovations and prospects in modern science” (February 13-15, 2023) SSPG Publish, Stockholm, Sweden. 2023. С. 52-59. <https://sci-conf.com.ua>

7. **Пожевілова А. А.** Сучасні підходи формування кадрового потенціалу при створенні міждисциплінарних реабілітаційних груп в умовах військового стану. IV Міжнародної науково-практичної конференції «Сучасні аспекти реформування системи публічного управління в умовах воєнного часу» м. Переяслав, 2024. С.125-128.

8. **Пожевілова А. А.** Актуальні кадрові проблеми забезпечення реабілітаційної допомоги в межах госпітальних кластерів. Науково-практичної конференції з міжнародною участю «Проблеми управління суспільним розвитком в умовах криз та після кризового відновлення» м. Київ, НУОЗ України імені П. Л. Шупика, 2024. С.128-131.

9. **Пожевілова А. А.** Сучасні тенденції кадрового забезпечення реабілітаційної допомоги населення територіальних громад в умовах війни. XII Міжнародній Науково-практичній конференції до Всесвітнього дня здоров'я «Організаційно-правові аспекти публічного управління в Україні» м. Полтава, 2025. С. 155-157.

10. **Пожевілова А. А.** Трансформація реабілітаційної допомоги населенню в умовах військового конфлікту. XVIII Міжнародної науково-практичної конференції «Умови економічного зростання в країнах з ринковою економікою» м. Переяслав, 2025 р. С 197-201. DOI: <https://sci-conf.com.ua>

11. **Пожевілова А. А., Пожевілова К.В.** Безперервний професійний розвиток лікарів в умовах воєнного стану Науково-практичній конференції з міжнародною участю «Інноваційні технології в сучасній стоматології» м. Івано-Франківськ, 14-15 березня 2025. С 95-98.

12. **Пожевілова А. А., Пожевілова К. В.** Обґрунтування інтеграції концепції громадського здоров'я в сучасну стоматологічну практику України

. The IX International Scientific and Practical Conference «Icience in the modern world: innovations and challenges» Toronto, Canada 15-17 May 2025. С.170-176
DOI: <https://sci-conf.com.ua>

13. **Пожевілова А. А.** Трансформація реабілітаційної допомоги умовах військового стану в Україні. X International Scientific and Practical Conference «science and technology: challenges, prospects and innovations» Осака, Японія, 2025. С 197-201. DOI:<https://sci-conf.com.ua>

14. **Пожевілова А. А.** Сучасні тенденції кадрового забезпечення реабілітаційної допомоги населення територіальних громад в умовах війни. XII Міжнародної науково-практичної Інтернет-конференції Організаційно-правові аспекти публічного управління в Україні м. Полтава, 2025. С. 155-157.

15. **Пожевілова А. А.** Реабілітаційна допомога населенню як чинник підвищення рівня громадського здоров'я. VIII Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я», м. Полтава, 2025. С 209-2012.

Додаток Б1

АНКЕТА ДЛЯ КЕРІВНИКІВ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЦЕНТРІВ

1.	Чи згодні Ви пройти анонімне опитування для розрахунків рівня, обсягу та якості надання реабілітаційних послуг : ☐ Так ☐ Ні
2.	Який тип закладу Ви представляєте? ☐ Центр первинної медичної допомоги. ☐ Кластерні. ☐ Надкластерні. ☐ Приватна установа. ☐ Реабілітаційний центр. ☐ ФОП. ☐ Інше.
3.	Які види реабілітації надаються у Вашому центрі (відділенні)? (оберіть усі, що підходять): ☐ Фізична. ☐ Психологічна. ☐ Неврологічна: інсульт, спінальна травма. ☐ Кардіореабілітація. ☐ Мультидисциплінарна. ☐ Паліативна підтримка. ☐ Протезування-ортезування. ☐ Інше
4.	Скільки фахівців працює у штаті лікарні? ☐ Лікарі фізичної та реабілітаційної медицини. ☐ Фізичні терапевти. ☐ Асистенти фізичних терапевтів. ☐ Асистенти ерготерапевтів. ☐ Ерготерапевти. ☐ Психологи / психотерапевти. ☐ Терапевти мови та мовлення. ☐ Логопеди. ☐ Медсестри з реабілітації. ☐ Протезисти-ортезисти(магістри). ☐ Інше.
5.	Чи достатня кількість фахівців для покриття потреб пацієнтів? ☐ Так. ☐ Ні.
6.	Чи є в закладі МДРК, яка працює постійно? ☐ Так. ☐ Ні. ☐ Частково.
7.	Скільки ліжок-місць передбачено для пацієнтів, які проходять стаціонарну реабілітацію? ☐ Немає. ☐ 1-5. ☐ 6-10. ☐ 11-20. ☐ Понад 20.
8.	Яка середня кількість пацієнтів, що проходять амбулаторну реабілітацію на місяць? ☐ До 20. ☐ 21–50. ☐ 51–100. ☐ Понад 1008.
9.	Яка середня кількість пацієнтів, що проходять амбулаторну реабілітацію на місяць? ☐ До 20. ☐ 21-50. ☐ 50-100. ☐ Понад 100.
10.	Який середній термін реабілітації одного пацієнта у стаціонарі? ☐ До 7 днів. ☐ 8-14 днів. ☐ 15– 21 днів. ☐ Понад 30 днів. ☐ Понад 60 днів.
11.	Який середній термін реабілітації одного пацієнта на амбулаторній реабілітації? ☐ До 7 днів. ☐ 8-14 днів. ☐ 15-21 днів. ☐ Понад 30 днів.
12.	Яка середня кількість реабілітаційних послуг усіх фахівців МДРК на одного пацієнта, у стаціонарних умовах за тиждень? ☐ До 20. ☐ 21-30. ☐ 31-40. ☐ 41-50. ☐ Понад 50.
13.	Яка середня кількість реабілітаційних послуг усіх фахівців МДРК на одного пацієнта, на амбулаторній реабілітації за тиждень? ☐ До 10. ☐ 10-20. ☐ 21-30. ☐ Понад 30.
14.	Які категорії пацієнтів найчастіше звертаються по реабілітаційну допомогу? ☐ Після травм кінцівок та проведеними ампутаціями. ☐ Інші пораненні і постраждалі під час воєнних дій. ☐ Після інсульту. ☐ Особи з інвалідністю. ☐ З хронічними хворобами. ☐ Ветерани. ☐ Діти.
15.	Чи ведеться статистичний облік наданих реабілітаційних послуг? ☐ Так, системно. ☐ Частково. ☐ Ні.
16.	У якій формі фіксуються дані про надані послуги? ☐ Медична документація (паперова). ☐ Електронна система охорони здоров'я (eHealth). ☐ Внутрішня база закладу. ☐ Облік не ведеться.
17.	Чи вистачає у центрі обладнання для повноцінної реабілітації? ☐ Так. ☐ Частково. ☐ Ні
18.	Чи є співпраця з іншими установами для забезпечення пацієнтів послугами реабілітації? ☐ Так, з державними. ☐ Так, з приватними. ☐ Ні. ☐ Планується.
19.	Який середній термін реабілітації одного пацієнта у стаціонарі? ☐ До 10. ☐ 11-20. ☐ 21-30. ☐ Понад 30.
20.	Що, на вашу думку, найбільше впливає на якість медичних послуг? ☐ Кадри. ☐ Оснащення. ☐ Фінансування. ☐ Організація процесу. ☐ Умови праці.

АНКЕТА ДЛЯ КЕРІВНИКІВ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

1.	Чи згодні Ви пройти анонімне опитування для розрахунків рівня, обсягу та якості надання реабілітаційних послуг. ☐ Так. ☐ Ні.
2.	Який тип закладу Ви представляєте? ☐ Центр первинної медичної допомоги. ☐ Кластерні. ☐ Надкластерні. ☐ Приватна клініка. ☐ Реабілітаційний центр. ☐ Інше.
3.	Чи надає Ваш заклад послуги з реабілітаційної медицини? ☐ Так. ☐ Ні.
4.	Які види реабілітації надаються у Вашому закладі? ☐ Фізична. ☐ Психологічна. ☐ Неврологічна: інсульт, спінальна травма. ☐ Кардіореабілітація. ☐ Мультидисциплінарна. ☐ Паліативна підтримка. ☐ Протезування-ортезування. ☐ Інше.
5.	Які фахівців працює у штаті? ☐ Лікарі фізичної та реабілітаційної медицини. ☐ Фізичні терапевти. ☐ Асистенти фізичних терапевтів. ☐ Асистенти ерготерапевтів. ☐ Ерготерапевти. ☐ Психологи / психотерапевти. ☐ Терапевти мови та мовлення. ☐ Логопеди. ☐ Медсестри з реабілітації. ☐ Протезисти-ортезисти(магістри). ☐ Інше.
6.	Чи достатня кількість фахівців для покриття потреб пацієнтів? ☐ Так. ☐ Ні. ☐ Частково.
7.	Чи є в закладі МДРК, яка працює постійно? ☐ Так. ☐ Ні. ☐ Частково.
8.	Скільки ліжок-місць передбачено для пацієнтів, які проходять стаціонарну реабілітацію? ☐ Немає. ☐ 1-5. ☐ 6-10. ☐ Понад 10.
9.	Яка середня кількість пацієнтів, що проходять амбулаторну реабілітацію на місяць? ☐ До 20. ☐ 21-50. ☐ 51-100. ☐ Понад 100.
10.	Який середній термін реабілітації одного пацієнта? ☐ До 7 днів. ☐ 8-14 днів. ☐ 15-30 днів. ☐ Понад 30 днів.
11.	Яка середня кількість реабілітаційних процедур на одного пацієнта? ☐ До 5. ☐ 6-10. ☐ 11-20. ☐ Понад 20.
12.	Які категорії пацієнтів найчастіше звертаються по реабілітаційну допомогу. ☐ Після інсульту. ☐ Після травм. ☐ Після операцій. ☐ З інвалідністю. ☐ З хронічними хворобами. ☐ Ветерани. ☐ Діти.
13.	Чи є співпраця з іншими установами для забезпечення пацієнтів послугами реабілітації? ☐ Так, з державними. ☐ Так, з приватними. ☐ Ні. ☐ Планується.
14.	Які кроки необхідні для покращення обліку та аналізу наданих реабілітаційних послуг? ☐ Впровадження цифрових рішень. ☐ Підвищення кваліфікації персоналу. ☐ Чіткі протоколи обліку. ☐ Співпраця з науковими установами. ☐ Інше.
15.	Яких змін, на вашу думку, потребує кадрова політика у медицині? ☐ Збільшення фінансування. ☐ Мотивація молодих спеціалістів. ☐ Переорієнтація на підготовку членів МДРК. ☐ Удосконалення системи навчання кадрів сфери реабілітації.
16.	Що, на вашу думку, найбільше впливає на якість надання реабілітаційних послуг? ☐ Кадри. ☐ Оснащення. ☐ Фінансування. ☐ Організація процесу. ☐ Умови праці.
17.	Які кадрові проблеми стосовно фахівців сфери реабілітації найактуальніші у вашому регіоні? ☐ Відтік кадрів за кордон. ☐ Низька заробітна плата. ☐ Високе навантаження. ☐ Відсутність умов для розвитку.

Додаток Б3.

АНКЕТА ДЛЯ ЛІКАРІВ ФІЗИЧНОЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ.

1.	Чи згодні Ви пройти анонімне опитування для розрахунків рівня, обсягу та якості надання реабілітаційних послуг? ☐ Так. ☐ Ні.
2.	Який тип медичного закладу Ви представляєте? ☐ Амбулаторія. ☐ Центр первинної медичної допомоги. ☐ Кластерний. ☐ Надкластерний. ☐ Приватний медичний заклад. ☐ Інше.
3.	Хто входить до вашої мультидисциплінарної реабілітаційної команди (МДРК)? ☐ Фізичний терапевт. ☐ Асистент фізичного терапевта. ☐ Ерготерапевт. ☐ Асистент ерготерапевта. ☐ Психолог / психотерапевт. ☐ Терапевт мови та мовлення (логопед). ☐ Сестра медична/брат медичний з реабілітації. ☐ Соціальний працівник. ☐ Протезист-ортезист. ☐ Інші. ☐ Немає команди.
4.	Чи вважаєте ви кадровий склад вашої установи достатнім для якісного надання реабілітаційної допомоги? ☐ Так. ☐ Ні. ☐ Частково.
5.	Чи підтримуєте ідею створення мультидисциплінарних реабілітаційних команд (МДРК)? ☐ Так. ☐ Ні. ☐ Частково.
6.	Які додаткові послуги мають бути включені до реабілітації? ☐ Соціальний супровід. ☐ Система реабілітаційних послуг у громадах. ☐ Телереабілітація. ☐ Психотерапія. ☐ Навчання навичкам самообслуговування. ☐ Професійна орієнтація. ☐ Консультації для родини. ☐ Інше.
7.	Які групи найбільше потребують реабілітації? ☐ Люди з інвалідністю. ☐ Поранені і постраждалі під час бойових дій. ☐ Посттравматичні пацієнти (після операцій/аварій). ☐ Ветерани війни. ☐ Люди похилого віку. ☐ Діти з особливими потребами. ☐ Пацієнти після COVID-19.
8.	Які види реабілітації, на Вашу думку, найнеобхідніші у вашому регіоні? ☐ Психологічна. ☐ Соціальна. ☐ Реабілітація у громадах. ☐ Реабілітація у родині. ☐ Комплексна.
9.	Як Ви оцінюєте перспективи розвитку реабілітації у сфері охорони здоров'я в Україні? ☐ Позитивно. ☐ Нейтрально. ☐ Негативно. ☐ Важко сказати.
10.	Чи важливо включати реабілітацію у плани громадського здоров'я на рівні кластера? ☐ Так. ☐ Ні. ☐ Важко сказати.
11.	Чи погоджуєтесь Ви з твердженням, що реабілітація є невід'ємною складовою у сфері охорони здоров'я? ☐ Так. ☐ Ні. ☐ Частково.
12.	Чи потрібно створити додаткові навчальні програми до вже існуючих для підготовки фахівців сфери реабілітації? ☐ Так. ☐ Ні. ☐ Важко сказати.
13.	Чи підтримуєте Ви підготовку фахівців сфери реабілітації у системі безперервного професійного розвитку? ☐ Так. ☐ Ні. ☐ Частково.

Додаток В.

**ЧИСЕЛЬНІСТЬ ФАХІВЦІВ ІЗ РЕАБІЛІТАЦІЇ У РЕГІОНАХ УКРАЇНИ
ЗА ДАНИМИ НСЗУ СТАНОМ НА 01.01.2025 Р.**

Територія	Лікар фізичної та реабілітаційної медицини	Фізичний терапевт	Ерго- терапевт	Асистент фізичного терапевта	Асистент ерготера- певта	Спец. психоло- гічного профіл.	Лого- пед
Вінницька	139	98	67	120	90	57	6
Волинська	85	106	74	108	62	19	0
Дніпропетровська	256	247	171	262	173	107	23
Донецька	37	40	26	47	14	40	8
Житомирська	82	80	63	96	55	58	7
Закарпатська	84	88	67	72	42	38	0
Запорізька	93	98	67	88	49	18	2
Ів-франківська	103	97	69	81	56	48	6
Київська	61	66	43	40	22	43	1
Кіровоградська	76	76	54	82	37	45	3
Луганська	22	16	17	12	3	14	1
Львівська	206	255	161	209	107	82	8
Миколаївська	48	58	32	28	24	30	2
Одеська	162	112	88	112	60	91	4
Полтавська	122	113	73	108	81	43	10
Рівненська	88	92	69	87	53	48	6
Сумська	101	141	85	75	49	60	2
Тернопільська	106	99	67	100	56	45	1
Харківська	158	154	100	151	85	78	2
Херсонська	9	16	14	16	4	10	0
Хмельницька	71	60	45	52	35	36	1
Черкаська	73	66	42	79	53	29	0
Чернівецька	82	91	64	75	59	59	1
Чернігівська	56	63	42	72	35	27	0
м.Київ	277	303	193	271	97	141	15
Україна	2576	2620	1782	2440	1399	1251	109

Додаток Г.

**КІЛЬКІСТЬ ПОСАД ЛІКАРІВ ФІЗИЧНОЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ
МЕДИЦИНИ ТА ЇХ УКОМПЛЕКТОВАНІСТЬ
В УКРАЇНІ ТА ЇЇ РЕГІОНАХ У 2023 Р.**

Територія	Кількість посад		Укомплект (%)	В т.ч. в поліклініці (амбулаторії)		Укомплект (%)	Кількість фізичн. осіб	Коефіцієнт цтва
	штатних	зайнятих		штатних	зайнятих			
Україна	1645.13	1141.43	69.4	513.63	357.63	69.6	971	1.2
АР Крим	0	0		0	0		0	
Вінницька	83.25	65.75	79.0	10	7.5	75.0	60	1.1
Волинська	59.25	42.25	71.3	24	17	70.8	28	1.5
Дніпропетровська	166.75	104.25	62.5	35	23	65.7	89	1.2
Донецька	33.5	17.75	53.0	8	4.5	56.3	15	1.2
Житомирська	69.75	42.5	60.9	14	8.75	62.5	35	1.2
Закарпатська	27.5	21.5	78.2	8	6.25	78.1	19	1.1
Запорізька	63	44.25	70.2	13.75	9	65.5	38	1.2
Івано-Франківська	67.5	59	87.4	10.75	9.5	88.4	58	1.0
Київська	73.5	31.5	42.9	16	7	43.8	24	1.3
Кіровоградська	0	0		0	0	0.0	0	0.0
Луганська	6	2	33.3	1	0	0.0	1	2.0
Львівська	114.25	91	79.6	47.25	32	67.7	78	1.2
Миколаївська	24	17.5	72.9	7	6.25	89.3	14	1.3
Одеська	87.75	53	60.4	43.75	27.5	62.9	52	1.0
Полтавська	66.75	50.25	75.3	14	11.5	82.1	44	1.1
Рівненська	44.5	33.5	75.3	5.5	4.5	81.8	29	1.2
Сумська	72.13	54.38	75.4	17.13	10.38	60.6	44	1.2
Тернопільська	57	43.5	76.3	15	10	66.7	41	1.1
Харківська	99.75	65.75	65.9	37.5	22.75	60.7	48	1.4
Херсонська	1.5	0.75	50.0	0	0	0.0	2	0.4
Хмельницька	0	0	0	0	0	0.0	0	0.0
Черкаська	42	30.5	72.6	11	8.5	77.3	23	1.3
Чернівецька	61.75	45.3	73.4	29.75	22.25	74.8	39	1.2
Чернігівська	40.5	31	76.5	7	4.5	64.3	26	1.2
м.Київ	283.25	194.25	68.6	138.25	105	75.9	164	1.2
м.Севастополь	0	0	0	0	0	0	0	0

Додаток Д.

**КІЛЬКІСТЬ ПОСАД ФІЗИЧНИХ ТЕРАПЕВТІВ ТА ЇХ
УКОМПЛЕКТОВАНІСТЬ В УКРАЇНІ ТА ЇЇ РЕГІОНАХ У 2023 Р.**

Територія	Кількість посад		У комплект (%)	В т.ч. в поліклініці (амбулаторії)		У комплект (%)	Кількість фізичн. осіб	Коеф. сумісництва
	штатних	зайнятих		штатних	зайнятих			
Україна	779.5	560.75	71.9	263.25	180.75	68.7	369	1.5
АР Крим	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0
Вінницька	3.25	0.75	23.1	0	0	0.0	0	0.0
Волинська	75.75	63	83.2	29	20	69.0	65	1.0
Дніпропетровська	32.75	15.5	47.3	19.75	9	45.6	3	5.2
Донецька	21.25	10.5	49.4	7.75	3.75	48.4	10	1.1
Житомирська	69.75	49.75	71.3	21	13.5	64.3	4	12.4
Закарпатська	38.75	28.5	73.5	13.25	10	75.5	28	1.0
Запорізька	32.5	27.25	83.8	3.5	3	85.7	1	27.3
Івано-Франківська	1.5	0	0.0	0.5	0	0.0	0	0.0
Київська	59.25	35.5	59.9	8	3.75	46.9	36	1.0
Кіровоградська	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0
Луганська	3	0	0.0	0.5	0	0.0	0	0.0
Львівська	60	58.5	97.5	26.75	25.25	94.4	53	1.1
Миколаївська	18.25	13.75	75.3	3.75	2.75	73.3	10	1.4
Одеська	36.5	20	54.8	12.5	7.25	58.0	15	1.3
Полтавська	30	22	73.3	3	1.25	41.7	0	0.0
Рівненська	14.25	11.25	78.9	3	3	100.0	8	1.4
Сумська	20.5	10.5	51.2	3.5	1.5	42.9	1	10.5
Тернопільська	23	18	78.3	7.75	6.25	80.6	21	0.9
Харківська	1	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0
Херсонська	5	1.25	25.0	0	0	0.0	0	0.0
Хмельницька	61	47	77.0	25.5	18	70.6	46	1.0
Черкаська	5.5	5	90.9	0	0	0.0	0	0.0
Чернівецька	35.25	26	73.8	12.75	8.75	68.6	23	1.1
Чернігівська	0.75	0.5	66.7	0.75	0.5	66.7	0	0.0
м.Київ	130.75	96.25	73.6	60.75	43.25	71.2	45	2.1
м.Севастополь	0	0	0	0	0	0	0	1.5

Додаток Е.

КІЛЬКІСТЬ ПОСАД ЕРГОТЕРАПЕВТІВ ТА ЇХ УКОМПЛЕКТОВАНІСТЬ В УКРАЇНІ ТА ЇЇ РЕГІОНАХ У 2023 Р.

Територія	Кількість посад		У комплект (%)	В т.ч. в поліклініці (амбулаторії)		У комплект (%)	Кількість фізичн осіб	Коефіцієнти цтва
	штатн их	зайнятих		штатн их	зайнятих			
Україна	470.5	287.75	61.2	145	88	60.7	171	1.7
АР Крим	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0
Вінницька	1.25	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0
Волинська	40.25	35.5	88.2	10.75	8.25	76.7	32	1.1
Дніпропетровська	24	13	54.2	14.5	8.75	60.3	2	6.5
Донецька	20	9	45.0	9.25	4	43.2	7	1.3
Житомирська	49	30	61.2	6.75	6	88.9	2	15.0
Закарпатська	27.5	17.5	63.6	9.25	5.25	56.8	17	1.0
Запорізька	17.25	11.5	66.7	1.25	0.5	40.0	2	5.8
Івано- Франківська	1.5	0	0.0	0.5	0	0.0	0	0.0
Київська	52	20	38.5	4	0	0.0	20	1.0
Кіровоградська	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0
Луганська	3.5	0.5	14.3	0.5	0	0.0	0	0.0
Львівська	33.25	29.5	88.7	15	12.5	83.3	31	1.0
Миколаївська	2	2	100.0	1	1	100. 0	2	1.0
Одеська	34.5	14.25	41.3	14	4.75	33.9	9	1.6
Полтавська	27	18.75	69.4	4.5	2.75	61.1	2	9.4
Рівненська	8.25	7.25	87.9	1.25	1.25	100. 0	6	1.2
Сумська	16.5	7	42.4	2	0	0.0	0	0.0
Тернопільська	19	12.75	67.1	6.5	5	76.9	8	1.6
Харківська	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0
Херсонська	3	3	100.0	2	2	100. 0	3	1.0
Хмельницька	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0
Черкаська	6	3.5	58.3	1.5	1	66.7	0	0.0
Чернівецька	27.75	17	61.3	11	5.25	47.7	15	1.1
Чернігівська	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0
м.Київ	57	35.75	62.7	29.5	19.75	66.9	13	2.8
м.Севастополь	0	0	0	0	0	0	0	0.0

Додаток Ж.

**КІЛЬКІСТЬ ПОСАД КЛІНІЧНИХ ПСИХОЛОГІВ ТА ЇХ
УКОМПЛЕКТОВАНІСТЬ В УКРАЇНІ ТА ЇЇ РЕГІОНАХ У 2023 Р.**

Територія	Кількість посад		Укомплект (%)	В т.ч. в поліклініці (амбулаторії)		Укомплект (%)	Кількість фізичн осіб	Коефіцієнти цтва
	штатних	зайнятих		штатних	зайнятих			
Україна	1535.85	1106.35	72.0	665	451.25	67.9	1055	1.0
АР Крим	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0
Вінницька	43.75	28	64.0	15.75	6.75	42.9	30	0.9
Волинська	68.25	55	80.6	28.5	21	73.7	49	1.1
Дніпропетровська	149.75	98.5	65.8	49.75	31.5	63.3	94	1.0
Донецька	76	43.25	56.9	46	23.5	51.1	38	1.1
Житомирська	61.75	44.75	72.5	15.25	8.5	55.7	38	1.2
Закарпатська	42	29.75	70.8	19.25	11.5	59.7	29	1.0
Запорізька	76.25	56.25	73.8	19	13.75	72.4	54	1.0
Івано-Франківська	25.5	24.5	96.1	5	5	100.0	24	1.0
Київська	74.75	44	58.9	34.5	21.25	61.6	45	1.0
Кіровоградська	50.5	41.25	81.7	18.25	14.75	80.8	36	1.1
Луганська	23.25	13.5	58.1	10.5	7	66.7	13	1.0
Львівська	133.35	102.6	76.9	58.75	44	74.9	96	1.1
Миколаївська	33	24	72.7	12	7.25	60.4	22	1.1
Одеська	133.25	84.25	63.2	100.5	64.25	63.9	81	1.0
Полтавська	19.75	19.25	97.5	9	8.5	94.4	18	1.1
Рівненська	55.25	43.75	79.2	14	9.75	69.6	46	1.0
Сумська	76.25	53.75	70.5	33.25	22.25	66.9	52	1.0
Тернопільська	53.25	41	77.0	23	16.5	71.7	38	1.1
Харківська	13.5	11.75	87.0	8.25	6.75	81.8	10	1.2
Херсонська	8.5	7	82.4	2	2	0.0	7	1.0
Хмельницька	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0
Черкаська	58.75	41.25	70.2	22.5	15.25	67.8	34	1.2
Чернівецька	38	29.75	78.3	19.5	13.75	70.5	29	1.0
Чернігівська	24.5	21.75	88.8	9.5	8.25	86.8	17	1.3
м.Київ	196.75	147.5	75.0	91	68.25	75.0	155	1.0
м.Севастополь	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0

Додаток 3.

**КІЛЬКІСТЬ ПОСАД ЛІКАРІВ-ПСИХОЛОГІВ ТА ЇХ
УКОМПЛЕКТОВАНІСТЬ В УКРАЇНІ ТА ЇЇ РЕГІОНАХ У 2023 Р.**

Територія	Кількість посад		Укомплект (%)	В т.ч. в поліклініці (амбулаторії)		Укомплект (%)	Кількість фізичн осіб	Коефсумісн цтва
	штатних	зайнятих		штатних	зайнятих			
Україна	376.5	233.6	62.0	186.25	112.1	60.2	202	1.2
АР Крим	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0
Вінницька	45.5	31.75	69.8	20	14.75	73.8	25	1.3
Волинська	5.75	2.75	47.8	3	0.25	8.3	1	2.8
Дніпропетровська	16.5	6.25	37.9	9.5	5.25	55.3	3	2.1
Донецька	3.75	0.75	20.0	2.25	0.75	33.3	0	0.0
Житомирська	10.75	7.25	67.4	5	3	60.0	5	1.5
Закарпатська	10.75	5	46.5	4	1	25.0	6	0.8
Запорізька	0.5	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0
Івано-Франківська	15.75	11	69.8	10	5.75	57.5	10	1.1
Київська	39.5	18.75	47.5	23.25	12	51.6	15	1.3
Кіровоградська	1.5	1	66.7	1.25	0.75	60.0	0	0.0
Луганська	1.5	1	66.7	0	0	0.0	1	1.0
Львівська	6.75	4.85	71.9	2	1.1	55.0	5	1.0
Миколаївська	3.25	1.5	46.2	2.75	1	36.4	1	1.5
Одеська	12.5	5	40.0	8	2.25	28.1	3	1.7
Полтавська	6.5	3.25	50.0	3.75	1	26.7	3	1.1
Рівненська	12	8.5	70.8	7.75	5.5	71.0	6	1.4
Сумська	8	3.25	40.6	2.75	1	36.4	2	1.6
Тернопільська	12.75	6.5	51.0	5.5	3.5	63.6	7	0.9
Харківська	12	5.75	47.9	7.75	4.5	58.1	5	1.2
Херсонська	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0
Хмельницька	12.25	8.25	0.0	6.25	4.25	0.0	8	0.0
Черкаська	7.75	6	77.4	3.5	3.5	100.0	4	1.5
Чернівецька	34	26.25	77.2	18.25	13.75	75.3	23	1.1
Чернігівська	3.5	3.5	100.0	0	0	0.0	3	1.2
м.Київ	93.5	65.5	70.1	39.75	27.25	68.6	66	1.0
м.Севастополь	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0

Додаток І.

КІЛЬКІСТЬ ПОСАД ЛІКАРІВ-ПСИХОТЕРАПЕВТІВ ТА ЇХ УКОМПЛЕКТОВАНІСТЬ В УКРАЇНІ ТА ЇЇ РЕГІОНАХ У 2023 Р.

Територія	Кількість посад		Уком плект (%)	В т.ч. в поліклініці (амбулаторії)		Уком плект (%)	Кіл ькі сть фіз ичн осі б	Кое фсу міс ни ц тва
	штатних	зайняти х		штатни х	зайнят их			
Україна	74.5	65.75	88.3	59.75	58.5	97.9	61	1.1
АР Крим	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0
Вінницька	1.25	1.25	100.0	0.25	0.25	100.0	2	0.6
Волинська	1.25	1	80.0	1	1	100.0	1	1.0
Дніпропетровська	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0
Донецька	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0
Житомирська	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0
Закарпатська	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0
Запорізька	4	1.25	31.3	0	0	0.0	1	0.0
Івано-Франківська	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0
Київська	0.5	0	0.0	0.5	0	0.0	0	0.0
Кіровоградська	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0
Луганська	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0
Львівська	8	8	100.0	8	8	100.0	7	1.1
Миколаївська	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0
Одеська	4	2.75	68.8	3	2.25	75.0	2	1.4
Полтавська	0.25	0.25	100.0	0.25	0.25	100.0	0	0.0
Рівненська	1	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0
Сумська	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0
Тернопільська	9.75	9.75	100.0	9.75	9.75	100.0	4	2.4
Харківська	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0
Херсонська	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0
Хмельницька	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0
Черкаська	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0
Чернівецька	4	3	75.0	1	1	100.0	3	1.0
Чернігівська	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0
м.Київ	40.5	38.5	95.1	36	36	100.0	41	0.9
м.Севастополь	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0

Додаток К.

**КІЛЬКІСТЬ ПОСАД ТЕРАПЕВТІВ МОВИ І МОВЛЕННЯ (ЛОГОПЕДІВ) ТА
ЇХ УКОМПЛЕКТОВАНІСТЬ В УКРАЇНІ ТА ЇЇ РЕГІОНАХ У 2023 Р.**

Територія	Кількість посад		Уком плект (%)	В т.ч. в поліклініці (амбулаторії)		Уком плект (%)	Кіл ькі сть фіз ич н осі б	Кое фсу місн ицт ва
	штатних	зайнят их		штатни х	зайня тих			
Україна	800.5	592.85	74.1	301.25	237.25	78.8	497	1.2
АР Крим	0	0	0	0	0	0	0	0
Вінницька	27.25	18.5	67.9	3.25	0.75	23.1	15	1.2
Волинська	14	12.25	87.5	4	3.5	87.5	8	1.5
Дніпропетровська	100.5	71.75	71.4	26	24	92.3	58	1.2
Донецька	21.75	13.25	60.9	7.25	5.75	79.3	7	1.9
Житомирська	28.75	21.75	75.7	5.25	3.75	71.4	17	1.3
Закарпатська	18.75	11.25	60.0	8.5	5	58.8	9	1.3
Запорізька	27.75	18	64.9	5	2.75	55.0	16	1.1
Івано-Франківська	27.5	22.75	82.7	3.25	2.75	84.6	22	1.0
Київська	27.75	14	50.5	9	4	44.4	14	1.0
Кіровоградська	0	0	0	0	0	0.0	0	0.0
Луганська	4	1	25.0	1	1	100.0	1	1.0
Львівська	71.5	59.1	82.7	42.75	38.75	90.6	50	1.2
Миколаївська	12	10.5	87.5	0.75	0.75	100.0	8	1.3
Одеська	59	40	67.8	39.75	31.25	78.6	36	1.1
Полтавська	34.75	29	83.5	14.75	13.5	91.5	22	1.3
Рівненська	20.75	15.25	73.5	2.25	2.25	100.0	15	1.0
Сумська	33	28.25	85.6	13.25	10.5	79.2	23	1.2
Тернопільська	28.25	21.75	77.0	12.25	11	89.8	15	1.5
Харківська	59.5	42.5	71.4	28	18.5	66.1	36	1.2
Херсонська	2	1	50.0	0.5	0.5	0.0	1	1.0
Хмельницька	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0
Черкаська	24.75	19.25	77.8	8	6.25	78.1	16	1.2
Чернівецька	15	11.5	76.7	4.25	2.75	64.7	7	1.6
Чернігівська	19.25	16.5	85.7	7.75	6.25	80.6	15	1.1
м.Київ	122.75	93.75	76.4	54.5	41.75	76.6	86	1.1
м.Севастополь	0	0	0.0	0	0	0.0	0	1.2

**РЕЗУЛЬТАТИ АНКЕТУВАННЯ
КЕРІВНИКІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.**

№ п/п	Питання	Варіант відповідей	Результати опитування керівників № п/п	
			Абс. n=70	P±m %
1	2	3	4	5
1.	Чи згодні Ви пройти анонімне опитування для розрахунків рівня, обсягу та якості надання реабілітаційних послуг	1.1. -Так	63	90,0 ± 3,6
		1.2.- Ні	7	10,0 ± 3,6
2.	Який тип закладу Ви представляєте?	2.1. -Центр первинної медичної допомоги	8	11,4 ± 3,8
		2.2. -Кластерні	33	47,1 ± 6,0
		2.3. -Надкластерні	8	11,4 ± 3,8
		2.4. -Приватна клініка	9	12,9 ± 4,0
		2.5. -Реабілітаційний центр	-	-
		2.6. -Інше	8	11,4 ± 3,8
3.	Чи надає Ваш заклад послуги з реабілітаційної медицини?	3.1. -Так	37	58,7 ± 6,2
		3.2. -Ні	26	41,3 ± 6,2
4.	Які види реабілітації надаються у Вашому закладі?	4.1. -Фізична	41	± 2,9
		4.2. -Психологічна	41	20,8 ± 2,9
		4.3. -Неврологічна: інсульт, спінальна травма	31	15,7 ± 2,6
		4.4. -Кардіореабілітація	15	7,6 ± 1,9
		4.5. -Мультидисциплінарна	29	14,7 ± 2,5
		4.6. -Паліативна підтримка	18	9,1 ± 2,1
		4.7. -Протезування- ортезування	9	4,6 ± 1,5
		4.8. -Інше	13	6,6 ± 1,8
5.	Які фахівців працює у штаті?	5.1. -Лікарі фізичної та реабілітаційної медицини	42	60,0 ± 5,8
		5.2. -Фізичні терапевти	38	54,3 ± 6,0
		5.3. -Асистенти фізичних терапевтів	35	50,0 ± 6,0
		5.4. -Асистенти ерготерапевтів	-	0,0 ± 0,0
		5.5. -Ерготерапевти:	37	52,9 ± 6,0
		5.6. -Психологи / психотерапевти	43	61,4 ± 5,8
		5.7. -Терапевти мови та мовлення	23	32,9 ± 5,5
		5.8. -Логопеди	28	40,0 ± 5,9
		5.9. -Медсестри з реабілітації	34	48,6 ± 6,0
		5.10. -Протезисти-ортезисти(магістри)	13	18,6 ± 4,6
		5.11. -Інше	16	22,9 ± 5,0
6.	Чи достатня кількість фахівців для покриття потреб пацієнтів?	6.1. -Так	14	20,0 ± 4,8
		6.2. -Ні	16	22,9 ± 5,0
		6.3. -Частково	8	11,4 ± 3,8
7.		7.1. -Так	26	37,1 ± 5,8

	Чи є в закладі МДРК, яка працює постійно?	7.2. -Ні	17	24,3 ± 5,1
		7.3. -Частково	20	28,6 ± 5,4
8.	Скільки ліжок-місць передбачено для пацієнтів, які проходять стаціонарну реабілітацію?	8.1. -Немає	33	47,1 ± 6,0
		8.2. -1–5	1	1,4 ± 1,4
		8.3. -6–10	2	2,9 ± 2,0
		8.4. -Понад 10	27	38,6 ± 5,8
9.	Яка середня кількість пацієнтів, що проходять амбулаторну реабілітацію на місяць?	9.1. -До 20	48	68,6 ± 5,5
		9.2. -21–50	4	5,7 ± 2,8
		9.3. -51–100	5	7,1 ± 3,1
		9.4. -Понад 100	6	8,6 ± 3,3
10.	Який середній термін реабілітації одного пацієнта?	10.1. -До 7 днів	21	30,0 ± 5,3
		10.2. -8–14 днів	19	27,1 ± 5,1
		10.3. -15–30 днів	19	27,1 ± 5,1
		10.4. -Понад 30 днів	3	4,3 ± 2,4
11.	Яка середня кількість реабілітаційних процедур на одного пацієнта?	11.1. -До 5	26	37,1 ± 5,8
		11.2. -6–10	17	24,3 ± 5,1
		11.3. -11–20	13	18,6 ± 4,6
		11.4. -Понад 20	7	10,0 ± 3,6
12.	Які категорії пацієнтів найчастіше звертаються по реабілітаційну допомогу	12.1. -Після інсульту	17	24,3 ± 5,1
		12.2. -Після травм	23	32,9 ± 5,5
		12.3. -Після операцій	8	11,4 ± 3,8
		12.4. -З інвалідністю	10	14,3 ± 4,2
		12.5. -З хронічними хворобами	17	24,3 ± 5,1
		12.6. -Ветерани	14	20,0 ± 4,8
		12.7. -Діти	6	8,6 ± 3,3
13.	Чи є співпраця з іншими установами для забезпечення пацієнтів послугами реабілітації?	13.1. -Так, з державними	32	45,7 ± 6,0
		13.2. -Так, з приватними	2	2,9 ± 2,0
		13.3. -Ні	18	25,7 ± 5,2
		13.4. -Планується	11	15,7 ± 4,2
14.	Які кроки необхідні для покращення обліку та аналізу наданих реабілітаційних послуг?	14.1. -Впровадження цифрових рішень	12	17,1 ± 4,4
		14.2. -Підвищення кваліфікації персоналу	34	48,6 ± 6,0
		14.3. -Чіткі протоколи обліку	8	11,4 ± 3,8
		14.4. - Співпраця з науковими установами	12	17,1 ± 4,4
		14.5. - Інше	9	12,9 ± 4,0
15.	Яких змін, на вашу думку, потребує кадрова політика у медицині?	15.1. - Збільшення фінансування	18	25,7 ± 5,2
		15.2. -Мотивація молодих спеціалістів	7	10,0 ± 3,6
		15.3. -Переорієнтація на підготовку членів МДРК	15	21,4 ± 4,9
		15.4. -Удосконалення системи навчання кадрів сфери реабілітації	28	40,0 ± 5,9
16.	Що, на вашу думку, найбільше впливає на якість надання реабілітаційних послуг?	16.1. -Кадри	27	38,6 ± 5,8
		16.2. -Оснащення	5	7,1 ± 3,1
		16.3. -Фінансування	16	22,9 ± 5,0
		16.4. -Організація процесу	13	18,6 ± 4,6
		16.5. -Умови праці	2	2,9 ± 2,0
17.	Які кадрові проблеми стосовно фахівців сфери реабілітації найактуальніші у вашому регіоні?	17.1. -Відтік кадрів за кордон	7	10,0 ± 3,6
		17.2. -Низька заробітна плата	28	40,0 ± 5,9
		17.3. -Високе навантаження	19	27,1 ± 5,1
		17.4. -Відсутність умов для розвитку	9	27,1 ± 5,1

РЕЗУЛЬТАТИ АНКЕТУВАННЯ КЕРІВНИКІВ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЦЕНТРІВ

Питання	Варіант відповідей	Результати опитування керівників РЦ	
		Абс. n=39	P±m %
2	3	4	5
Чи згодні Ви пройти анонімне опитування для розрахунків рівня, обсягу та якості надання реабілітаційних послуг?	1.1. - Так	37	94,9 ± 3,5
	1.2. - Ні	2	5,1 ± 3,5
Який тип закладу Ви представляєте?	2.1. - Центр первинної медичної допомоги	2	5,1 ± 3,5
	2.2. -Кластерні	14	35,9 ± 7,6
	2.3. -Надкластерні	2	5,1 ± 3,5
	2.2. -Приватна установа	2	5,1 ± 3,5
	2.5. -Реабілітаційний центр	14	35,9 ± 7,6
	2.6. -Інше	3	7,7 ± 4,2
Чи надає ваш заклад реабілітаційні послуги?	3.1. -Так	37	100,0 ± 0,0
	3.2. -Ні	0	0,0 ± 0,0
Які види реабілітації надаються у Вашому центрі(відділенні)	4.1. -Фізична	32	82,1 ± 6,1
	4.2. -Психологічна	31	79,5 ± 6,4
	4.3. -Неврологічна: інсульт, спінальна травма	29	74,4 ± 7,0
	4.4. -Кардіореабілітація	15	38,5 ± 7,8
	4.5. -Мультидисциплінарна	29	74,4 ± 7,0
	4.6. -Паліативна підтримка	14	35,9 ± 7,6
	4.7. -Протезування- ортезування	8	20,5 ± 6,5
	4.8. -Інше	11	28,2 ± 7,3
Скільки фахівців працює у штаті?	5.1. -Лікарі фізичної та реабілітаційної медицини	32	5,1 ± 3,5
	5.2. -Фізичні терапевти	34	87,2 ± 5,4
	5.3. -Асистенти фізичних терапевтів	32	82,1 ± 6,1
	5.4. -Асистенти ерготерапевтів	18	46,2 ± 7,9
	5.5. -Ерготерапевти	19	48,7 ± 8,0
	5.6. -Психологи / психотерапевти	22	56,4 ± 7,9
	5.7. -Терапевти мови та мовлення	15	38,5 ± 7,7
	5.8. -Логопеди	17	43,6 ± 7,9
	5.9. -Медсестри з реабілітації	21	53,9 ± 8,0
	5.10.-Протезисти-ортезисти(магістри)	11	28,2 ± 7,1
	5.11. -Інше	8	20,5 ± 6,3
Чи достатня кількість фахівців для покриття потреб пацієнтів?	6.1. -Так	16	41,0 ± 7,9
	6.2. -Ні	11	28,2 ± 7,2
	6.3. -Частково	10	25,6 ± 7,0
Чи є в закладі мультидисциплінарна реабілітаційна команда(МДРК), яка працює постійно?	7.1. -Так	20	51,3 ± 8,0
	7.2. -Ні	14	35,9 ± 7,6
	7.3. -Частково	3	7,7 ± 4,3
	8.1. -Немає	3	7,7 ± 4,3

Скільки ліжок-місць передбачено для пацієнтів, які проходять стаціонарну реабілітацію?	8.2. -1–5	5	12,8 ± 5,4
	8.3. -6–10	6	15,4 ± 5,8
	8.4. -Понад 20	23	59,0 ± 7,9
Яка середня кількість пацієнтів, що проходять амбулаторну реабілітацію на місяць?	9.1. -До 20	16	41,0 ± 7,8
	9.2. -21–50	6	15,4 ± 5,6
	9.3. -51–100	7	17,9 ± 6,0
	9.4. -Понад 100	11	28,2 ± 7,3
Який середній термін реабілітації одного пацієнта у стаціонарі?	10.1. -До 7 днів	5	12,8 ± 5,1
	10.2. -8–14 днів	7	17,9 ± 6,0
	10.3. -15–21 днів	21	53,8 ± 7,9
	10.4. -Понад 30 днів	4	10,3 ± 4,8
Яка середня кількість реабілітаційних послуг на одного пацієнта?	11.1. -До 5	13	35,1 ± 7,7
	11.2. -6-10	13	35,1 ± 7,7
	11.3. -11-20	7	18,9 ± 6,2
	11.4. -Понад 20	4	10,8 ± 5,0
Які категорії пацієнтів найчастіше звертаються по реабілітаційну допомогу?	13.1. -Після інсульту	9	23,1 ± 6,3
	13.2. -Після травм	17	43,6 ± 7,1
	13.3. -Після операцій	11	28,2 ± 7,2
	13.4. -З інвалідністю	10	25,6 ± 6,7
	13.5. -З хронічними хворобами	5	12,8 ± 5,3
	13.6. -Ветерани	7	17,9 ± 6,1
	13.7. -Діти	4	10,3 ± 4,7
Чи є співпраця з іншими установами для забезпечення пацієнтів послугами реабілітації?	13.2. -Так, з державними	18	46,2 ± 8,0
	14.2. -Так, з приватними	5	12,8 ± 5,4
	14.3. -Ні	9	23,1 ± 6,8
	14.4. -Планується	5	12,8 ± 5,4
Які кроки необхідні для покращення обліку та аналізу наданих реабілітаційних послуг?	13.3. -Впровадження цифрових рішень	8	20,5 ± 6,3
	15.2. -Підвищення кваліфікації персоналу	17	43,6 ± 7,9
	15.3. -Чіткі протоколи обліку	11	28,2 ± 7,2
	15.4. -Співпраця з науковими установами	7	17,9 ± 5,9
	15.5. -Інше	3	7,7 ± 4,3
Яких змін, на Вашу думку, потребує кадрова політика у медицині?	16.1. -Збільшення фінансування	15	38,5 ± 7,8
	16.2. -Мотивація молодих спеціалістів	6	15,4 ± 5,7
	16.3. -Переорієнтація на підготовку членів МДРК	13	33,3 ± 7,6
	16.4. -Удосконалення системи навчання кадрів сфери реабілітації	18	46,2 ± 8,0
Що, на вашу думку, найбільше впливає на якість медичних послуг?	13.4. -Кадри	11	28,2 ± 7,2
	13.5. -Оснащення	8	20,5 ± 6,2
	13.6. -Фінансування	9	23,1 ± 6,5
	13.7. -Організація процесу	5	12,8 ± 5,4
	13.8. -Умови праці	4	10,3 ± 4,8
Які кадрові проблеми стосовно фахівців сфери реабілітації найактуальніші у вашому регіоні?	18.1. -Відтік кадрів за кордон	7	17,9 ± 5,9
	18.2. -Низька заробітна плата	28	71,8 ± 7,2
	18.3. -Високе навантаження	19	48,7 ± 8,0
	18.4. -Відсутність умов для розвитку	9	23,1 ± 6,8

Додаток ЛЗ.

РЕЗУЛЬТАТИ АНКЕТУВАННЯ ЛІКАРІВ ФІЗИЧНОЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.

№ п/п	Питання	Варіант відповідей	Результати лікарів № п/п	
			Абс. n=105	P±m %
1	2	3	4	5
1.	Чи згодні Ви пройти анонімне опитування для розрахунків рівня, обсягу та якості надання реабілітаційних послуг?	1.1. -Так	101	96,2 ± 1,9
		1.2. -Ні	3	2,9 ± 1,9
2.	Чи згодні Ви пройти анонімне опитування для розрахунків рівня, обсягу та якості надання реабілітаційних послуг?	2.1. -до 1 року	29	27,6 ± 4,4
		2.2. -1–5 років	61	58,1 ± 4,8
		2.3. -6–10 років	4	3,8 ± 1,9
		2.4. -понад 10 років	7	6,7 ± 2,4
3.	Який тип медичного закладу Ви представляєте?	3.1. -Амбулаторія	10	9,5 ± 2,8
		3.2. -Центр первинної медичної допомоги	6	5,7 ± 2,3
		3.3. -Кластерний	44	41,9 ± 4,8
		3.4. -Надкластерний	6	5,7 ± 2,3
		3.5. -Приватний медичний заклад	4	3,8 ± 1,9
		3.6. -Інше	31	29,5 ± 4,4
4.	Хто входить до вашої мультидисциплінарної реабілітаційної команди(МДРК)?	4.1. -Фізичний терапевт	92	87,6 ± 3,1
		4.2. -Асистент фізичного терапевта	47	44,8 ± 4,8
		4.3. -Ерготерапевт	70	66,7 ± 4,5
		4.4. -Асистент ерготерапевта	34	32,4 ± 4,5
		4.5. -Психолог / психотерапевт	65	61,9 ± 4,7
		4.6. -Терапевт мови та мовлення(Логопед)	49	46,7 ± 4,8
		4.7. -Сестра медична/брат медичний з реабілітації	52	49,5 ± 4,9
		4.8. -Соціальний працівник	19	18,1 ± 3,7
		4.9. -Протезист-ортезист	23	21,9 ± 4,0
		4.10. -Інші	22	20,9 ± 3,9
		4.11. -Немає команди	8	7,6 ± 2,5
5.	Чи вважаєте ви кадровий склад вашої установи достатнім для якісного надання реабілітаційної допомоги?	5.1. -Так	47	44,8 ± 4,9
		5.2. -Частково	42	40,0 ± 4,8
		5.3. -Ні	12	11,4 ± 3,1
6.	Чи підтримуєте ідею створення мультидисциплінарних реабілітаційних команд(МДРК)?	6.1. -Так	96	91,4 ± 2,7
		6.2. -Частково	5	4,8 ± 2,1
		6.3. -Ні	5	4,8 ± 2,1
7.		7.1 -Соціальний супровід	41	39,0 ± 4,7

	Які додаткові послуги мають бути включені до реабілітації?	7.2. -Система реабілітаційних послуг у громадах	38	$36,2 \pm 4,7$
		7.3. -Телереабілітація	21	$20,0 \pm 3,9$
		7.4. -Психотерапія	52	$49,5 \pm 4,9$
		7.5. -Навчання навичкам самообслуговування	35	$33,3 \pm 4,6$
		7.6. -Професійна орієнтація	29	$27,6 \pm 4,4$
		7.7. -Консультації для родини	50	$47,6 \pm 4,9$
		7.8. – Інше	17	$16,2 \pm 3,6$
8.	Які групи найбільше потребують реабілітації?	8.1 -Люди з інвалідністю	53	$50,5 \pm 4,9$
		8.2. -Поранені і постраждалі під час бойових дій	84	$80,0 \pm 3,9$
		8.3. -Посттравматичні пацієнти (після операцій/аварій)	60	$57,1 \pm 4,8$
		8.4. -Ветерани війни	45	$42,9 \pm 4,8$
		8.5. -Люди похилого віку	10	$9,5 \pm 2,9$
		8.6. -Діти з особливими потребами	21	$20,0 \pm 3,9$
		8.7. -Пацієнти після COVID-19	7	$6,7 \pm 2,4$
9.	Які види реабілітації, на Вашу думку, найнеобхідніші у вашому регіоні?	9.1 -Фізична	60	$57,1 \pm 4,83$
		9.2. Психологічна	60	$57,1 \pm 4,83$
		Соціальна	28	$26,7 \pm 4,32$
		Реабілітація у громадах	12	$11,4 \pm 3,10$
		Реабілітація у родині	30	$28,6 \pm 4,41$
		Комплексна	43	$41,0 \pm 4,80$
10.	Як Ви оцінюєте перспективи розвитку реабілітації у сфері охорони здоров'я в Україні?	Позитивно	74	$70,5 \pm 4,45$
		Нейтрально	11	$10,5 \pm 2,99$
		Негативно	5	$4,8 \pm 2,08$
		Важко сказати	11	$10,5 \pm 2,99$
11.	Чи важливо включати реабілітацію у плани громадського здоров'я на рівні кластера?	Так	81	$77,1 \pm 4,1$
		Ні	4	$3,8 \pm 1,9$
		Важко сказати	20	$19,0 \pm 3,8$
12.	Чи погоджуєтесь Ви з твердженням, що реабілітація є невід'ємною складовою у сфері охорони здоров'я?	Так	105	$100,0 \pm 0,0$
		Ні	0	$0,0 \pm 0,0$
		Частково	0	$0,0 \pm 0,0$
13.	Чи потрібно створити додаткові навчальні програми до вже існуючих для підготовки фахівців сфери реабілітації?	Так	96	$91,4 \pm 2,7$
		Ні	4	$3,8 \pm 1,9$
		Важко сказати	5	$4,8 \pm 2,1$
14.	Чи підтримуєте Ви підготовку фахівців сфери реабілітації у системі безперервного професійного розвитку?	Так	86	$81,9 \pm 3,8$
		Ні	10	$9,5 \pm 2,9$
		Частково	5	$4,8 \pm 2,1$

ДОДАТОК Л.



ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор
з наукової роботи
НУОЗ Україниімені П. Л. Шупика, професор
Н.О.Савичук

« 09 » грудня 2025 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування та впровадження: Підготовка кадрів із поглибленими знаннями клінічних і біомедичних дисциплін за програм післядипломної медико-біологічної сертифікації та перехідні програми «bridge-type».
2. Ким запропоновано, адреса та виконавці: Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика (НУОЗ України імені П. Л. Шупика), кафедра управління охороною здоров'я, вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112
- Голубчиков Михайло Васильович - доктор медичних наук, професор кафедри управління охороною здоров'я НУОЗ України ім. П.Л. Шупика;
- Пожевілова Алла Анатоліївна - аспірант кафедри управління охороною здоров'я НУОЗ України імені П.Л. Шупика.
3. Джерело інформації: розробка кафедри управління охороною здоров'я
4. Ким та коли впроваджено: кафедра публічного управління, адміністрування та соціальної роботи НУОЗ України імені П.Л. Шупика
5. Терміни впровадження : 2024-2025 навчальний рік.
6. Форма впровадження в початковий процес: матеріали лекцій та практичних занять з управління охороною здоров'я .
7. Результати впровадження: використання результатів дослідження у навчальному процесі, як необхідний інструмент для перехідної професійної мобільності, стандартизації компетентності і доступу до клінічної практики, що сприятиме забезпеченню взаємозамінності та чіткого розподілу ролей у мультидисциплінарних командах та стандартизує реабілітаційні процеси у госпітальних кластерах.
8. Зауваження, пропозиції, відсутні.

Завідувач кафедри публічного управління,
адміністрування та соціальної роботи
НУОЗ України імені П. Л. Шупика,
д. н. з держ. упр.,



Лариса МЕЛЬНИЧУК

ДОДАТОК М.



ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор
з наукової роботи
НУОЗ Україниімені П. Л. Шупика, професор
Н.О.Савичук

«09» грудня 2025 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування та впровадження: Підготовка кадрів із поглибленими знаннями клінічних і біомедичних дисциплін за програм післядипломної медико-біологічної сертифікації та перехідні програми «bridge-type».
2. Ким запропоновано, адреса та виконавці: Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика (НУОЗ України імені П. Л. Шупика), кафедра управління охороною здоров'я, вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112
- Голубчиков Михайло Васильович - доктор медичних наук, професор кафедри управління охороною здоров'я НУОЗ України ім. П.Л. Шупика;
- Пожевілова Алла Анатоліївна - аспірант кафедри управління охороною здоров'я НУОЗ України імені П.Л. Шупика.
3. Джерело інформації: розробка кафедри управління охороною здоров'я
4. Ким та коли впроваджено: кафедра реабілітаційної медицини, фізичної терапії та спортивної медицини НУОЗ України імені П.Л. Шупика
5. Терміни впровадження : 2024-2025 навчальний рік.
6. Форма впровадження в початковий процес: матеріали лекцій та практичних занять з управління охороною здоров'я .
7. Результати впровадження: використання результатів дослідження у навчальному процесі, як необхідний інструмент для перехідної професійної мобільності, стандартизації компетентності і доступу до клінічної практики, що сприятиме забезпеченню взаємозамінності та чіткого розподілу ролей у мультидисциплінарних командах та стандартизує реабілітаційні процеси у госпітальних кластерах.
8. Зауваження, пропозиції, відсутні.

Завідувач кафедри реабілітаційної
медицини, фізичної терапії
та спортивної медицини
НУОЗ України імені П.Л. Шупика,
д.мед.н, професор.

Олександр ВЛАДИМИРОВ



Владимирова
Владимирова

ДОДАТОК Н.



ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор
з наукової роботи
НУОЗ Україниімені П. Л. Шупика, професор
Н.О.Савичук

« 18 » грудня 2025 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування та впровадження: Підготовка кадрів із поглибленими знаннями клінічних і біомедичних дисциплін за програм післядипломної медико-біологічної сертифікації та перехідні програми «bridge-type».
2. Ким запропоновано, адреса та виконавці: Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика (НУОЗ України імені П. Л. Шупика), кафедра управління охороною здоров'я, вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112
- Голубчиков Михайло Васильович - доктор медичних наук, професор кафедри управління охороною здоров'я НУОЗ України ім. П.Л. Шупика;
- Пожевілова Алла Анатоліївна - аспірант кафедри управління охороною здоров'я НУОЗ України імені П.Л. Шупика.
3. Джерело інформації: розробка кафедри управління охороною здоров'я
4. Ким та коли впроваджено: кафедра громадського здоров'я, епідеміології та екології НУОЗ України імені П.Л. Шупика
5. Терміни впровадження : 2024-2025 навчальний рік.
6. Форма впровадження в початковий процес: матеріали лекцій та практичних занять з управління охороною здоров'я .
7. Результати впровадження: використання результатів дослідження у навчальному процесі, як необхідний інструмент для перехідної професійної мобільності, стандартизації компетентності і доступу до клінічної практики, що сприятиме забезпеченню взаємозамінності та чіткого розподілу ролей у мультидисциплінарних командах та стандартизує реабілітаційні процеси у госпітальних кластерах.
8. Зауваження, пропозиції, відсутні.

завідувач кафедри громадського здоров'я,
епідеміології та екології
НУОЗ України імені П.Л. Шупика,
д.мед.н, професор.

Ірина ХОМЕНКО



ДОДАТОК О

ЗАТВЕРДЖУЮ
Директор КНП «КМДКЛ №2»

Любов ЗАБУДСЬКА
«28» жовтня 2025 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування розробки та зміст впровадження: «Формування мультидисциплінарної реабілітаційної команди та впровадження моделі організації реабілітаційної допомоги на засадах МКФ у структурних підрозділах КНП «КМДКЛ №2».
2. Підстава для впровадження: Договір про науково-практичну співпрацю між НУОЗ України імені П. Л. Шупика та КНП «КМДКЛ №2»
3. Ким запропоновано та виконавці: НУОЗ України імені П. Л. Шупика, кафедра управління охороною здоров'я, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
Пожевілова Алла Анатоліївна — аспірант кафедри управління охороною здоров'я;
4. Місце та об'єкти впровадження: КНП «КМДКЛ №2»; структурні підрозділи: відділення(я) фізичної та реабілітаційної медицини, неврологічне, травматолого-ортопедичне, кардіологічне, амбулаторно-поліклінічне відділення, ресстратура/ЕСОЗ.
5. Терміни впровадження
Пілотний етап: IV кв. 2024 р. — I кв. 2025 р.
Повномасштабне застосування: II–IV кв. 2025 р.
6. Форма та основні заходи впровадження (перелік виконаних робіт)
 - 6.1. Організація мультидисциплінарних команд (МДК): затверджено склад МДК (лікар ФРМ, фізичний терапевт, ерготерапевт, логопед, психолог, медична сестра з реабілітації, соціальний працівник тощо), визначено координатора МДК, регламент роботи, графіки консилиумів.
 - 6.2. Реабілітаційний маршрут пацієнта: адаптовано шаблони направлень та чек-листи переходу між етапами (гострий/післягострий/довготривалий), запроваджено механізм раннього початку реабілітації у стаціонарі (≤ 48 год після стабілізації стану).
 - 6.4. Інформаційні системи: налаштовано внесення ІРП та оцінок функціонування в ЕСОЗ; узгоджено форми первинної облікової документації; впроваджено щотижневі МДК-наради з протоколюванням в ЕСОЗ.
7. Результати впровадження: оптимізовано розподіл навантаження між фахівцями МДК; підвищено доступність і безперервність реабілітаційної допомоги в межах клінічного маршруту; скорочено час від госпіталізації до старту реабілітації;
10. Висновок. Розробку «Формування мультидисциплінарної реабілітаційної команди та моделі організації реабілітаційної допомоги на засадах МКФ у КНП «КМДКЛ №2» впроваджено у практичну діяльність закладу. Документацію затверджено, персонал інструктовано, моніторинг КРІ розпочато.

Завідуюча
реабілітаційного відділення

(Підпис)

ДОДАТОК П



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування розробки та зміст впровадження: «Формування мультидисциплінарної реабілітаційної команди та впровадження моделі організації реабілітаційної допомоги на засадах МКФ у структурних підрозділах КНП «КМКЛ № 3».
2. Ким запропоновано та виконавці: НУОЗ України імені П. Л. Шупика, кафедра управління охороною здоров'я, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9. Пожевілова Алла Анатоліївна — аспірант кафедри управління охороною здоров'я;
3. Місце та об'єкти впровадження: КНП "Київська міська клінічна лікарня №3" КМДА; структурні підрозділи: відділення(я) фізичної та реабілітаційної медицини, неврологічне, травматолого-ортопедичне, кардіологічне, амбулаторно-поліклінічне відділення, реєстратура/ЕСОЗ.
4. Терміни впровадження
Пілотний етап: IV кв. 2024 р. — I кв. 2025 р.
Повномасштабне застосування: II–IV кв. 2025 р.
5. Форма та основні заходи впровадження (перелік виконаних робіт)
5.1. Організація мультидисциплінарних команд (МДК): затверджено склад МДК (лікар ФРМ, фізичний терапевт, ерготерапевт, логопед, психолог, медична сестра з реабілітації, соціальний працівник тощо), визначено координатора МДК, регламент роботи, графіки консилиумів.
- 5.2. Реабілітаційний маршрут пацієнта: адаптовано шаблони направлень та чек-листи переходу між етапами (гострий/післягострий/довготривалий), запроваджено механізм раннього початку реабілітації у стаціонарі (≤ 48 год після стабілізації стану).
- 5.3. Інформаційні системи: налаштовано внесення ІРП та оцінок функціонування в ЕСОЗ; узгоджено форми первинної облікової документації; впроваджено щотижневі МДК-наради з протоколюванням в ЕСОЗ.
6. Результати впровадження: оптимізовано розподіл навантаження між фахівцями МДК; підвищено доступність і безперервність реабілітаційної допомоги в межах клінічного маршруту; скорочено час від госпіталізації до старту реабілітації;
7. Висновок. Розробку «Формування мультидисциплінарної реабілітаційної команди та моделі організації реабілітаційної допомоги на засадах МКФ у КНП «КМКЛ № 3» впроваджено у практичну діяльність закладу. Документацію затверджено, персонал інструктовано, моніторинг KPI розпочато.

Заступник директора
з медичної частини

ЗАТВЕРДЖУЮ
В. О. Директор КНП «КМКЛ № 4»
Оксана Ріполовська
12 2025 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування розробки та зміст впровадження: «Формування мультидисциплінарної реабілітаційної команди та впровадження моделі організації реабілітаційної допомоги на засадах МКФ у структурних підрозділах КНП «КМКЛ № 4».
2. Ким запропоновано та виконавці: НУОЗ України імені П. Л. Шупика, кафедра управління охороною здоров'я, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
Пожевілова Алла Анатоліївна — аспірант кафедри управління охороною здоров'я;
3. Місце та об'єкти впровадження: КНП "Київська міська клінічна лікарня №4" КМДА; структурні підрозділи: відділення(я) фізичної та реабілітаційної медицини, неврологічне, травматолого-ортопедичне, кардіологічне, амбулаторно-поліклінічне відділення.
4. Терміни впровадження
Пілотний етап: IV кв. 2024 р. — I кв. 2025 р.
Повномасштабне застосування: II–IV кв. 2025 р.
5. Форма та основні заходи впровадження:
 - 5.1. Підготовка персоналу: проведено 2–4 внутрішні тренінги (МКФ/ІРП/телереабілітація/командна взаємодія); включено фахівців до системи БПР (227).
 - 5.2. Телереабілітація: підготовлено алгоритм телеконсультаций та дистанційного супроводу (за показаннями) для пацієнтів після виписки.
 - 5.3. Правове забезпечення: узгоджено локальні порядки надання реабілітаційної допомоги відповідно до чинних НПА; оновлено посадові інструкції.
6. Результати впровадження підвищено керованість процесів через стандартизований ІРП за МКФ та командні наради; поліпшено якість документації та аналітичну звітність в ЕСОЗ.
7. Висновок. Розробку «Формування мультидисциплінарної реабілітаційної команди та моделі організації реабілітаційної допомоги на засадах МКФ у КНП «КМКЛ № 4» впроваджено у практичну діяльність закладу. Документацію затверджено, персонал інструктовано, моніторинг КРІ розпочато.

Зав. відділення реабілітації
та відновного лікування



ДОДАТОК С.

ЗАТВЕРДЖУЮ
 Медичний директор
 ДНП «НДСЛ
 «Охматдит» МОЗ України»
 з підклінічної роботи
 Гова В. А.
 «06» 17.04.2025 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування розробки та зміст впровадження: «Формування мультидисциплінарної реабілітаційної команди та впровадження моделі організації реабілітаційної допомоги на засадах МКФ у структурних підрозділах ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України».
2. Підстава для впровадження: Договір про науково-практичну співпрацю між НУОЗ України імені П. Л. Шупика та ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України» від «13» 01 2025 р. №21
3. Ким запропоновано та виконавці: НУОЗ України імені П. Л. Шупика, кафедра управління охороною здоров'я, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9. Пожевілова Алла Анатоліївна — аспірант кафедри управління охороною здоров'я;
4. Місце та об'єкти впровадження: ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України».
5. Терміни впровадження
 Пілотний етап: IV кв. 2024 р. — I кв. 2025 р.
 Повномасштабне застосування: II–IV кв. 2025 р.
6. Форма та основні заходи впровадження (перелік виконаних робіт)
 - 6.1. Організація мультидисциплінарних команд (МДК): затверджено склад МДК (лікар ФРМ, України.фізичний терапевт, ерготерапевт, логопед, психолог, медична сестра з реабілітації, соціальний працівник тощо), визначено координатора МДК, регламент роботи, графіки консилиумів.
 - 6.2. Реабілітаційний маршрут пацієнта: адаптовано шаблони направлень та чек-листи переходу між етапами (гострий/післягострий/довготривалий), запроваджено механізм раннього початку реабілітації у стаціонарі (≤ 48 год після стабілізації стану).
 - 6.4. Інформаційні системи: налаштовано внесення ІРП та оцінок функціонування в ЕСОЗ; узгоджено форми первинної облікової документації; впроваджено щотижневі МДК-наради з протоколюванням в ЕСОЗ.
7. Результати впровадження: оптимізовано розподіл навантаження між фахівцями МДК; підвищено доступність і безперервність реабілітаційної допомоги в межах клінічного маршруту; скорочено час від госпіталізації до старту реабілітації;
10. Висновок. Розробку «Формування мультидисциплінарної реабілітаційної команди та моделі організації реабілітаційної допомоги на засадах МКФ у КНП НДСЛ «Охматдит» МОЗ України впроваджено у практичну діяльність закладу. Документацію затверджено, персонал інструктовано, моніторинг КРІ розпочато.