

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УНІВЕРСИТЕТ МИТНОЇ СПРАВИ ТА ФІНАНСІВ

Факультет управління

Кафедра публічного управління та митного адміністрування

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття освітнього ступеня магістр
зі спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»

на тему: **ФОРМУВАННЯ ТА РЕАЛІЗАЦІЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ
МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УМОВАХ ЦИФРОВІЗАЦІЇ**

Виконав: студент групи ПУ24-1зм
Спеціальність 281
«Публічне управління та
адміністрування»
Стеблина Андрій Олександрович

Керівник: д.н.держ.упр. проф.
Івашова Л. М.

Рецензент: професор кафедри
менеджменту, публічного управління
та адміністрування ДДАЕУ,
д.н.держ.упр., проф.
Крушельницька Т. А.

Дніпро – 2026

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УНІВЕРСИТЕТ МИТНОЇ СПРАВИ ТА ФІНАНСІВ**

Факультет / ННІ _____ управління _____
Кафедра _____ публічного управління та митного
адміністрування _____
Рівень вищої освіти _____ магістр _____
Спеціальність _____ 281 Публічне управління та
адміністрування _____
Освітня програма _____ Публічне управління та
адміністрування _____

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри публічного управління
та митного адміністрування
_____ / Антонова О. В. /
” _____ ” _____ 20__ року

**ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ
здобувачу вищої освіти**

Стебліні Андрію Олександровичу

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема роботи Формування та реалізація державної політики медичної
реабілітації в умовах цифровізації

керівник роботи д.н. держ. упр. Івашова Л.М.,
(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом по УМСФ
від “24” листопада 2025 року № 977 кс

2. Строк подання здобувачем роботи на кафедру до 6 січня 2026 р.

3. Вихідні дані до роботи: Закони України; Постанови Кабінету міністрів України; Внутрішні накази, рекомендації, інструкції Міністерства охорони здоров'я України; Регламенти і Директиви ЄС та ВООЗ з питань розвитку сфери охорони здоров'я та медичної реабілітації, концепції, стратегії та дорожні карти з реформування системи охорони здоров'я; фактичні дані Міністерства фінансів України та Державної служби статистики Укаїни.

4. Зміст роботи (перелік питань для розробки) Державна політика у сфері медичної реабілітації як об'єкт публічного управління; Еволюція концепції електронного врядування та електронної охорони здоров'я в контексті трансформації надання медичних послуг у сфері реабілітації; Методологічні підходи до аналізу формування та реалізації державної політики з медичної реабілітації; Аналіз нормативно-правового та інституційного забезпечення державної політики медичної реабілітації; Оцінка стану реалізації державної політики медичної реабілітації в умовах розвитку біопсихосоціальної моделі реабілітації та процесів

цифровізації у сфері охорони здоров'я в Україні; Зарубіжний досвід публічного управління реабілітаційними системами на засадах розвитку систем електронної охорони здоров'я; Удосконалення механізмів формування державної політики медичної реабілітації на основі методології управління проектами з використанням Великих даних (BigData); Розвиток інституційної спроможності реалізації державної політики медичної реабілітації через кластерний підхід та публічно-приватне партнерство

5. Перелік графічного матеріалу_ таблиці, діаграми, схеми, що ілюструють ключові аспекти дослідження

6. Дата видачі завдання 23 лютого 2025 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи *	Строк виконання етапів роботи	Примітка
	Визначення теми кваліфікаційної роботи	23.02.25	
	Складання змісту роботи, оформлення та затвердження завдання	03.03.25	
	Опрацювання літературних джерел, нормативних документів	до 13.07.25	
	Збір та обробка статистичних і звітних даних	до 19.07.25	
	Проведення розрахунків та аналізу	до 31.08.25	
	Написання вступу	до 19.09.25	
	Написання розділу 1	до 10.11.25	
	Написання розділу 2	до 10.11.25	
	Апробація результатів дослідження	14.11.25	
	Написання розділу 3	до 12.12.2025	
	Підготовка висновків	до 17.12.25	
	Оформлення роботи	до 20.12.25	
	Подання на кафедру електронного варіанту роботи для перевірки на плагіат	до 25.12.25	
	Підготовка тексту доповіді і демонстраційного матеріалу	до 06.01.26	
	Подання на кафедру кваліфікаційної роботи	до 09.01.26	

Здобувач освіти

_____ (підпис)

Стеблина А.О.
(прізвище та ініціали)

Керівник роботи

_____ (підпис)

Івашова Л.М.
(прізвище та ініціали)

АНОТАЦІЯ

Стеблина А. О. *Формування та реалізація державної політики медичної реабілітації в умовах цифровізації*

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістр за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування». Університет митної справи та фінансів, Дніпро, 2026.

Метою кваліфікаційної роботи є обґрунтування теоретичних засад та розроблення науково-практичних рекомендацій із удосконалення державної політики України у сфері медичної реабілітації в умовах цифрових трансформацій задля підвищення її ефективності.

У роботі розкрито теоретичні засади розвитку державної політики медичної реабілітації, зокрема: досліджено сутність і зміст системи публічного управління процесами медичної реабілітації в Україні; основні концепції електронного врядування та електронної охорони здоров'я як основи трансформації надання медичних послуг у сфері реабілітації задля забезпечення життєздатності населення; розкрито особливості застосування методологічних підходів до аналізу формування та реалізації державної політики з медичної реабілітації. Проаналізовано сучасний стан формування та реалізації державної політики медичної реабілітації в аспектах: нормативно-правового та інституційного забезпечення; оцінювання стану її реалізації в умовах розвитку біопсихосоціальної моделі реабілітації та процесів цифровізації у сфері охорони здоров'я в Україні; зарубіжного досвіду публічного управління реабілітаційними системами на засадах розвитку систем електронної охорони здоров'я. Визначено пріоритетні напрями удосконалення механізмів формування державної політики медичної реабілітації на основі методології управління проектами з використанням Великих даних (BigData) та розробки цифрової екосистеми, створення кластерів та реалізації проєктів публічно-приватного партнерства.

Ключові слова: публічне управління; державна політика у сфері медичної реабілітації; цифрові технології; електронна система охорони здоров'я; е-медицина; інформаційно-телекомунікаційні технології; євроінтеграція; інфраструктурний проєкт з медичної реабілітації; кластери, публічно-приватне партнерство.

Стеблина А.О. E-Health як інструмент публічного управління медичною реабілітацією: європейський досвід // Економіко-правові, управлінсько-технологічні та соціально психологічні виміри сьогодення: молодіжний погляд: матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Дніпро, 14 листопада 2025 р.). Дніпро: УМСФ, 2025. (Додаток А.)

ABSTRACT

Steblyna A. O. Formation and implementation of state policy of medical rehabilitation in the context of digitalization

Qualification work for obtaining the degree of Master in specialty 281 "Public management and administration". University of Customs and Finance, Dnipro, 2026.

The purpose of the qualification work is to substantiate the theoretical foundations and develop scientific and practical recommendations for improving the state policy of Ukraine in the field of medical rehabilitation in the context of digital transformations in order to increase its effectiveness.

The work reveals the theoretical principles of the development of state policy of medical rehabilitation, in particular: the essence and content of the system of public management of medical rehabilitation processes in Ukraine are investigated; the main concepts of e-governance and e-health as the basis for the transformation of the provision of medical services in the field of rehabilitation to ensure the viability of the population; the features of the application of methodological approaches to the analysis of the formation and implementation of state policy on medical rehabilitation are revealed. The current state of formation and implementation of the state policy of medical rehabilitation is analyzed in the aspects of: regulatory and institutional support; assessment of the state of its implementation in the context of the development of the biopsychosocial model of rehabilitation and digitalization processes in the healthcare sector in Ukraine; foreign experience in public management of rehabilitation systems based on the development of electronic healthcare systems. Priority areas for improving the mechanisms for forming the state policy of medical rehabilitation based on the methodology of project management using Big Data (BigData) and the development of a digital ecosystem, the creation of clusters and the implementation of public-private partnership projects are identified.

Keywords: public administration; state policy in the field of medical rehabilitation; digital technologies; electronic healthcare system; e-medicine; information and telecommunication technologies; European integration; infrastructure project for medical rehabilitation; clusters, public-private partnership.

ЗМІСТ

ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ З МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В КОНТЕКСТІ ЦИФРОВИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ	12
1.1. Державна політика у сфері медичної реабілітації як об'єкт публічного управління	12
1.2. Етапи формування державної політики у сфері медичної реабілітації у світі та в Україні.	20
1.3. Концепція трансформації медичної реабілітації в контексті розвитку електронного врядування та електронної охорони здоров'я	26
РОЗДІЛ 2 СУЧАСНИЙ СТАН ФОРМУВАННЯ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ	35
2.1. Аналіз нормативно-правового та організаційно-управлінського забезпечення в сфері медичної реабілітації	35
2.2. Оцінка стану розвитку біопсихосоціальної моделі медичної реабілітації в умовах цифровізації	44
2.3. Міжнародні тенденції розвитку електронної медицини та їх вплив на державну політику медичної реабілітації в Україні	50
РОЗДІЛ 3 НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА ЗАСАДАХ ЦИФРОВІЗАЦІЇ	58
3.1. Формування державної політики медичної реабілітації на основі методології управління проектами й аналізу Великих даних (BigData)	58
3.2. Розвиток інституційної спроможності реалізації державної політики медичної реабілітації через кластерний підхід та публічно-приватне партнерство	64
ВИСНОВКИ	72
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	77
ДОДАТКИ	89

ВСТУП

Актуальність дослідження. До переліку базових цінностей, задекларованих статтею 3 Конституції України зазначено, що «людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю...» [35]. Тому в якості пріоритетної цілі діяльності держави є забезпечення права і свободи людини та їх гарантії, адже держава відповідає перед людиною за свою діяльність, а утвердження і забезпечення прав і свобод людини є головним обов'язком держави. Це відповідає мандату Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ). Адже з моменту заснування ВООЗ у 1948 році, визначення здоров'я декларується як стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не лише відсутності хвороби і недуг [86].

Війна в Україні, яка розпочалася у 2014 році й триває по теперішній час, негативно вплинула на соціальний, економічний й морально-психологічний клімат в державі та стан здоров'я населення. А починаючи з 24 лютого 2022 року відбулося стрімке збільшення кількості, як військових так і цивільних осіб з обмеженням життєдіяльності внаслідок руйнівного впливу на їх фізичне, психічне та соціальне здоров'я повномасштабних військових дій на території України. Це пов'язано з активною фазою війни, збільшенням в рази лінії фронту, а також з масованими бомбардуваннями й ракетними обстрілами цивільної інфраструктури. Десятки тисяч людей позбулися життя, в сотні тисяч втратили здоров'я та благополуччя, отримали фізичні та психологічні травми, які вимагають лікування, протезування та медичної реабілітації.

Зрозуміло, що в цих умовах, з метою повноцінного відновлення та збереження здоров'я, ветерани війни та усі громадяни України, що зазнали обмежень життєдіяльності внаслідок війни в Україні або з інших факторів, мають бути забезпечені кваліфікованою реабілітаційною допомогою. Держава має створити всі умови для підвищення ефективності діяльності з медичної реабілітації в Україні, бо відповідно до сучасної світової практики, у XXI столітті

першочерговою стратегією охорони здоров'я стає не стільки лікування, скільки оптимізація функціонування людей, які мають значно більші обмеження життєдіяльності [96].

Це є природнім для області медичної реабілітації, метою якої є оптимізація внутрішнього потенціалу здоров'я і підсилення сприятливості середовища. Фактично, медична реабілітація є інструментом вирішення проблем обмеження життєдіяльності, яке ВООЗ розглядає як проблему прав людини, проблему громадського здоров'я та проблему розвитку [93]. Тому велику актуальність здобуває завдання розбудови системи медичної реабілітації для ефективної допомоги населенню України, яке постраждало та страждає в умовах жорстоких бойових дій на території України.

Загальні питання публічного управління щодо удосконалення системи реабілітації в сфері охорони здоров'я та формування державної політики медичної реабілітації були об'єктом наукових пошуків таких українських авторів: С.Г. Богданов [2], В.В. Брич [3], О.Л. Гальцова [9], І.О. Парубчак, А.М. Балашов [47], Н.О. Полковнікова [49], В.І. Шевчук, Н. М. Беляєва, О.Б. Яворовенко [81], О.В. Яремчук і І.А. Берлінець [82] та інші.

Водночас, проблеми розробки кластерних структур з медичної реабілітації в сфері охорони здоров'я України стали об'єктом змістовних досліджень таких українських вчених, як В.В. Паненко та О.Т. Поліщук [46], С. Соколовського [67], Ю.П. Шарова та І.А. Чикаренко [80] та інші.

Тому пошуки шляхів удосконалення системи публічного управління у сфері медичної реабілітації за допомогою застосування сучасних методик на основі кластерного та проєктного підходів, розбудови реабілітаційних кластерів як елементу госпітальних округів охорони здоров'я в Україні, на наш погляд є перспективним та актуальним для наукових розвідок.

Мета і завдання дослідження. Метою кваліфікаційної роботи є обґрунтування теоретичних засад та розроблення науково-практичних рекомендацій із удосконалення державної політики у сфері медичної

реабілітації в умовах цифрових трансформацій в Україні задля підвищення її ефективності.

Для досягнення поставленої мети в роботі поставлені та вирішені наступні завдання:

- розкрити сутність державної політики у сфері медичної реабілітації та охарактеризувати її зміст як об'єкту системи публічного управління;

- висвітлити етапи еволюції електронного врядування та електронної охорони здоров'я в контексті трансформації надання медичних послуг у сфері реабілітації постраждалого населення;

- означити концептуальні підходи трансформації медичної реабілітації в контексті розвитку електронного врядування та електронної охорони здоров'я;

- проаналізувати стан інституційного забезпечення сфери медичної реабілітації;

- оцінити стан розвитку біопсихосоціальної моделі медичної реабілітації в умовах цифровізації у сфері охорони здоров'я;

- висвітлити міжнародні тенденції розвитку електронної медицини та їх вплив на державну політику медичної реабілітації в Україні;

- визначити шляхи удосконалення з формування державної політики медичної реабілітації на основі методології управління проектами й аналізу Великих даних (BigData);

- означити напрями розвитку інституційної спроможності реалізації державної політики медичної реабілітації через кластерний підхід та публічно-приватне партнерство.

Об'єктом наукового дослідження є система публічного управління у сфері медичної реабілітації в Україні.

Предметом дослідження є – процеси формування та реалізація державної політики медичної реабілітації в умовах цифровізації.

Методи дослідження. Методологічною основою дослідження є системний підхід та загальнонаукові та спеціальні методи пізнання, зокрема у процесі написання роботи було використано наступні наукові методи: *теоретичного*

узагальнення та групування, джерелознавчого та історичного аналізу, – для розкриття особливостей зміни наукових поглядів на розвиток системи публічного управління сферою охорони здоров'я, характеристики складових цієї системи, зокрема в сфері медичної реабілітації як в Україні, так і у світі (п. 1.1 – 1.3, 2.3), а також для визначення теоретичного підґрунтя основ проєктного підходу та розробки цифрової екосистеми як інструменту реалізації політики медичної реабілітації (п. 3.1, 3.2); *формалізації, аналізу та синтезу, статистичного спостереження, економічного аналізу, моделювання* – для оцінювання стану нормативно-правового, та інституційного забезпечення формування та реалізації державної політики у сфері в умовах цифрової трансформації (п. 2.1., 2.2), а також задля обґрунтування ідеї створення реабілітаційних кластерів, у контексті реалізації проєктів публічно-приватного партнерства (п. 3.3.); *індукції та дедукції, абстрагування, логічного узагальнення результатів* – для фіналізації певних етапів дослідження, вивчення світового досвіду у сфері медичної реабілітації (п. 2.3, 3.3), розробки пропозицій і рекомендацій з удосконалення системи публічного управління у сфері медичної реабілітації, а також формулювання загальних висновків.

Інформаційною базою дослідження є нормативно-правові акти органів державного управління України, Європейського Союзу, міжнародних організацій (ООН, ВООЗ тощо), наукові та науково-публіцистичні праці вітчизняних і зарубіжних фахівців з окресленої проблематики, офіційні дані Міністерства охорони здоров'я України, Державної служби статистики України, Міністерства фінансів України тощо.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у проведенні комплексного дослідження, в якому здійснені теоретичні та науково-практичні обґрунтування напрямів удосконалення державної політики медичної реабілітації на засадах цифровізації, зокрема запропоновано напрями *удосконалення* інституційного забезпечення з формування й реалізації державної політики у сфері медичної реабілітації на основі методології управління проєктами й аналізу Великих даних, шляхом створення реабілітаційних

кластерів та впровадження публічно-приватного партнерства, що надасть змогу покращити якість обслуговування постраждалих та сприятиме сталому розвитку сфери медичної реабілітації та охорони здоров'я в цілому.

Практичне значення одержаних результатів. Основні теоретичні положення, висновки і пропозиції кваліфікаційної роботи мають практичне спрямування, зокрема, пропозиції щодо формування реабілітаційного кластеру та застосування проєктного підходу, забезпечують методологічне підґрунтя для розвитку, впровадження та підвищення ефективності державної політики у сфері здійснення реабілітаційних заходів задля збереження здоров'я людей, збільшення середньої тривалості та якості життя українців.

Апробація результатів дослідження була здійснена на міжнародній науково-практичній конференції «Економіко-правові, управлінсько-технологічні та соціально психологічні виміри сьогодення: молодіжний погляд» (м. Дніпро, УМСФ, 14 листопада 2025 р.). Додаток А.

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Основний обсяг роботи становить 70 сторінок друкованого тексту, у тому числі 19 таблиць, 4 рисунки та 2 додатка. Список використаних джерел містить 104 найменування.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ З МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В КОНТЕКСТІ ЦИФРОВИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ

1.1 Державна політика у сфері медичної реабілітації як об'єкт публічного управління

Фундаментальним ресурсом держави, збереження та відновлення якого забезпечує медицина, залишається здоров'я людини. В умовах стрімкого технологічного розвитку та безпрецедентних безпекових викликів, спричинених агресією РФ, державна політика у сфері реабілітації трансформується у стратегічний пріоритет, від якого залежить не лише якість життя громадян, а й життєздатність нації та успішність повоєнного відновлення країни.

Концептуальні засади публічного управління у цій царині базуються на принципах Оттавської хартії (1986) [91], яка визначила здоров'я як результат взаємодії соціальних, економічних та екологічних чинників. Хартія окреслила стратегії захисту, надання можливостей та посередництва, що стали фундаментом для формування систем управління зміцненням і відновленням здоров'я, а саме: «захист, активне відстоювання здоров'я для створення основних, найбільш істотних умов для здоров'я; надання всім людям можливості досягти і реалізувати повністю свій потенціал здоров'я; здійснення посередництва між різними інтересами в суспільстві для забезпечення і досягнення здоров'я» [91]. Означені стратегії підтримуються п'ятьма сферами невідкладної, пріоритетної діяльності до яких віднесено: розробка громадської політики здоров'я; створення сприятливих для здоров'я умов середовища і факторів; посилення громадської активності в інтересах здоров'я; розвиток персональних навичок і вмінь; переорієнтація служб охорони здоров'я [91].

Концептуальний вектор публічного управління у сфері охорони здоров'я, закладений Оттавською хартією (1986) [91], отримав своє змістовне розширення

у наступних засадничих документах ВООЗ. Зокрема, Джакартська декларація (1997) [95] стала першим документом, який офіційно залучив приватний сектор до відповідальності за здоров'я та визначив стратегії зміцнення здоров'я в умовах викликів ХХІ століття.

У декларації чітко доведено, що комплексні підходи, які комбінують п'ять стратегій Оттавської хартії, є значно ефективнішими за однопланові методи. Відповідно до Джакартської декларації, державна політика має базуватися на п'яти пріоритетах:

1. Посилення соціальної відповідальності. При цьому державні та приватні інституції повинні мінімізувати вплив своєї діяльності на здоров'я громадян.

2. Збільшення інвестицій, що передбачає перехід від фінансування лікарень до інвестування в інфраструктуру здоров'я та освіти населення.

3. Розширення партнерства через створення коаліцій між владою, бізнесом та НУО.

4. Посилення спроможності громад, що передбачає надання населенню реальних повноважень та доступу до інформації для контролю над чинниками здоров'я.

5. Забезпечення сталої інфраструктури шляхом створення законодавчих та технічних умов для безперервності медичних послуг [95].

Особливий акцент у Джакартській декларації зроблено на тому, що населення має відігравати центральну роль у прийнятті рішень. Це радикально змінює об'єкт управління – пацієнт із пасивного отримувача послуг стає активним учасником реабілітаційного та оздоровчого процесу.

Логічним продовженням цих ідей стала Шанхайська декларація (2016) [93], яка інтегрувала здоров'я у Порядок денний сталого розвитку до 2030 року. Вона запропонувала урядам використовувати трансформаційний потенціал зміцнення здоров'я через чотири ключові механізми:

1. Ефективне керівництво (Good Governance) при якому здоров'я має враховуватися у всіх секторах політики (транспорт, освіта, екологія), оскільки рішення поза медициною часто мають вирішальний вплив на захворюваність.

2. Освіченість суспільства (Health Literacy) де державна політика повинна стимулювати громадян до самостійного вибору здорового способу життя та висування вимог до уряду щодо якості медичних послуг.

3. Створення здорового простору через розвиток «здорових міст» через взаємодію державних і волонтерських організацій для створення доступної та інклюзивної інфраструктури.

4. Соціальна мобілізація шляхом культивування обізнаності громад для формування попиту на якісну промоцію здоров'я та реабілітацію [90, 93].

Такий розширений підхід ВООЗ за Б. Брубейкером [84] дозволяє розглядати медичну реабілітацію не як ізольовану медичну маніпуляцію, а як складову евдемонічного добробуту особистості. У цій моделі здоров'я трактується як динамічна взаємодія фізичних, соціальних та духовних аспектів життя людини із середовищем, що сприяє досягненню життєвих цілей. Саме таке розуміння має бути покладене в основу сучасної державної політики України, де система реабілітації виступає інструментом відновлення не лише тіла, а й соціальної суб'єктності особи.

В Україні інституційна модель публічного управління реабілітацією ґрунтується на положеннях Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [45]. Відповідно до ст. 4 цього Закону, пріоритетами є дотримання прав людини, інклюзивність, цифровізація (телереабілітація) та децентралізація управління. Система охоплює діяльність Кабінету Міністрів, МОЗ, НСЗУ, органів місцевого самоврядування та громадського сектору. Ефективність такої системи залежить від злагодженого виконання функцій надання послуг, фінансування, забезпечення ресурсами та стратегічного керівництва.

Реалізація державної політики у сфері медичної реабілітації в Україні забезпечується через багаторівневу систему суб'єктів, кожен з яких виконує специфічні управлінські функції. Відповідно до положень чинного законодавства та аналізу управлінських практик [12, 13, 50, 57], інституційну структуру можна поділити на кілька функціональних рівнів:

1. Стратегічно-політичний рівень:

- Кабінет Міністрів України – забезпечує загальну координацію та розробку стратегічних програм. Його головним завданням є формування стійкої системи охорони здоров'я та сприяння розвитку мережі закладів на національному рівні.

- Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ) – виступає головним органом у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізацію державної політики. Структура МОЗ (директорати, департаменти та управління) дозволяє здійснювати галузеве прогнозування, розробляти науково обґрунтовані стандарти та критерії якості медичної реабілітації.

- РНБО – здійснює контроль через призму національної безпеки, що є особливо актуальним в умовах воєнного стану, коли відновлення людського капіталу стає питанням оборонного значення.

2. Фінансово-регуляторний рівень:

- Міністерство фінансів України (Мінфін) – виступає стратегічним регулятором та головним розпорядником бюджетних коштів на загальнодержавному рівні. У системі публічного управління реабілітацією Мінфін забезпечує бюджетне планування, визначає граничні обсяги видатків та здійснює контроль за цільовим і ефективним використанням ресурсів. Саме через взаємодію МОЗ та Мінфіну формується Паспорт бюджетної програми, що закладає фінансовий фундамент для реалізації реабілітаційних заходів. Роль Мінфіну є критичною у процесі середньострокового бюджетного планування, що дозволяє прогнозувати розвиток реабілітаційної інфраструктури на роки вперед.

- Національна служба здоров'я України (НСЗУ) – відіграє роль центрального провайдера державних фінансових гарантій. Саме через механізми НСЗУ реалізується модель «гроші йдуть за пацієнтом», де закупівля реабілітаційних послуг відбувається на основі чітких пакетів медичних гарантій.

Це трансформує управління з адміністративного розподілу коштів на ринково-орієнтований контроль за результатом.

Окрім прямого бюджетного фінансування, державна політика передбачає багатоканальність (згідно зі ст. 4 Основ законодавства [45]). Це включає:

- Місцеві бюджети – фінансування комунальних програм підтримки ветеранів та осіб з інвалідністю.
- Міжнародну технічну допомогу – залучення грантів від Світового банку, ВООЗ та інших донорів для закупівлі високотехнологічного реабілітаційного обладнання.
- Публічно-приватне партнерство – створення умов для інвестування приватного капіталу в державні реабілітаційні центри на засадах спільного управління.

3. Виконавчо-операційний рівень (місцеве самоврядування):

- Місцеві державні адміністрації та органи місцевого самоврядування (сільські, селищні, міські ради) – відповідають за безпосереднє управління комунальними закладами охорони здоров'я. У їхній компетенції матеріально-технічне забезпечення, кадрове наповнення та фінансування програм розвитку реабілітаційної інфраструктури в межах децентралізації. На цьому рівні відбувається адаптація загальнодержавної політики до потреб конкретних територіальних громад.

4. Надавачі медичних послуг та громадський сектор:

- *Заклади охорони здоров'я (державні, комунальні, приватні)* – безпосередні суб'єкти реабілітації, що функціонують на основі ліцензій та протоколів.
- Громадські об'єднання та пацієнтські організації – виконують функцію зовнішнього контролю та адвокації прав пацієнтів. Їхня роль корелює з принципами Джакартської декларації щодо соціальної мобілізації та партнерства.

Таким чином, публічне управління у сфері медичної реабілітації в Україні має децентралізований та інклюзивний характер. Воно ґрунтується на взаємодії

державних інституцій, які формують «правила гри», та місцевої влади, яка забезпечує їх виконання. Така архітектура дозволяє створити єдиний медичний інформаційний простір, де бази даних (eHealth) та цифрові технології (телереабілітація) забезпечують прозорість та ефективність управління на кожному етапі – від формування політики до відновлення конкретного пацієнта [45, 63].

Для більш глибокого розуміння об'єкта дослідження необхідно уточнити ключові дефініції. Поняття «реабілітація» законодавцями визначається «як комплекс заходів, яких потребує особа, яка зазнає або може зазнати обмеження повсякденного функціонування внаслідок стану здоров'я або старіння у взаємодії з її середовищем» [63, ст.1]. Оскільки реабілітація може надаватися у вигляді медичної допомоги, то згідно зі законодавства це «діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику та лікування у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами» [45, ст. 3].

Науковці О.В. Яремчук, І. А. Берлінець [82], надають наступне визначення дефініції «державне управління медичною реабілітацією» – це комплексний вплив держави (шляхом застосування політичних, економічних, соціальних, організаційних і правових засобів, практичних заходів, важелів, стимулів) на суб'єкти національної системи охорони здоров'я, які здійснюють свою діяльність щодо забезпечення як найповнішого відновлення (або максимальної компенсації) втрачених унаслідок дії набутих чинників функцій, здібностей і здатностей індивідуума».

На основі аналізу законодавства [45, 63] та наукових підходів [82], пропонуємо наступні узагальнені визначення поняття «медична реабілітація», «публічне управління медичною реабілітацією» та «державна політика у сфері медичної реабілітації»:

медична реабілітація – це професійна медична допомога та послуги, спрямовані на підтримку осіб з обмеженням життєдіяльності (або ризиком таких обмежень) через стан здоров'я, з метою їхньої адаптації до повсякденного життя.

публічне управління медичною реабілітацією – це скоординована діяльність органів публічної влади та громадянського суспільства, спрямована на розвиток системи охорони здоров'я для забезпечення максимального відновлення або компенсації втрачених функцій організму пацієнтів.

державна політика у сфері медичної реабілітації – це стратегічний напрям діяльності держави, що включає систему цілей, правових норм та інструментів, за допомогою яких влада регулює доступність, якість та ефективність реабілітаційних послуг задля забезпечення прав громадян на здоров'я та соціальну інтеграцію.

Визначившись із термінологією варто розглянути ключові аспекти формування та реалізації державної політики у сфері медичної реабілітації, що на наш погляд включає наступні складові: нормативно-правове регулювання: створення стандартів та протоколів реабілітації; інституційний розвиток через розбудову мережі реабілітаційних центрів та підготовка кадрів; фінансове забезпечення шляхом розподілу бюджетних коштів та залучення інвестицій; моніторинг та контроль через оцінку ефективності надання послуг населенню.

Переосмислення сутності медичної реабілітації та механізмів публічного управління нею дозволяє стверджувати, що ефективна реалізація цієї сфери неможлива без чітко артикульованої державної політики. Оскільки об'єктом управління є складний процес взаємодії інституцій та громадян, виникає необхідність трансформації теоретичних концептів у конкретну дорожню карту дій. Саме тому, з метою переходу від декларативних засад до практичного забезпечення прав пацієнтів на функціональне відновлення, було розроблено стратегічний план, що структурує управлінський вплив за ключовими напрямками розвитку системи (табл. 1.1).

Запропонований план базується на комплексному поєднанні адміністративних та економічних методів управління. Основний акцент зміщується з пасивного лікування на активне відновлення функціональності особи, що відповідає сучасним європейським стандартам. Впровадження Міжнародної класифікації функціонування (МКФ) у нормативне поле дозволяє

створити єдину мову спілкування між лікарем, соціальним працівником та державою, забезпечуючи безперервність реабілітаційного процесу.

Таблиця 1.1.

**Стратегічний план реалізації державної політики
у сфері медичної реабілітації**

Етап / Напрямок	Основні заходи та інструменти	Очікуваний результат
Нормативно-інституційний	Впровадження стандартів на основі МКФ, розробка галузевих програм розвитку.	Створення єдиного правового поля та стандартів якості послуг.
Фінансово-економічний	Оптимізація тарифів НСЗУ, залучення грантів та механізмів публічно-приватного партнерства.	Стале фінансування та модернізація технічної бази закладів.
Кадровий та науковий	Підготовка мультидисциплінарних команд, розвиток доказової реабілітаційної медицини.	Забезпечення системи висококваліфікованими фахівцями.
Цифровий та моніторинговий	Інтеграція реабілітаційних планів у систему eHealth, контроль KPI закладів.	Прозорість маршруту пацієнта та оцінка ефективності управління.

Джерело: складено автором на основі [74, 77, 81]

З точки зору публічного управління, ключовим фактором успіху є перехід до моделі «результат в обмін на інвестиції». Це передбачає не просто утримання мережі закладів, а фінансування конкретних послуг, що призводять до відновлення працездатності населення. Таким чином, державна політика перетворюється на ефективний інструмент збереження людського капіталу, що є критично важливим для соціально-економічної стабільності країни.

Особлива увага в стратегії приділяється цифровізації та прозорості. Створення електронних реабілітаційних планів дозволяє здійснювати моніторинг ефективності управління в режимі реального часу, мінімізуючи корупційні ризики та забезпечуючи адресність допомоги. Такий підхід демонструє перехід від застарілої бюрократичної моделі до сучасного "Good Governance" у сфері охорони здоров'я

Підсумовуючи вищевикладене, можна зробити наступні висновки: державна політика у сфері медичної реабілітації є складним об'єктом публічного управління, що поєднує медичні, соціальні та правові аспекти; сучасна трансформація галузі в Україні вимагає відходу від бюрократичного управління

на користь гнучких стратегічних моделей, орієнтованих на людиноцентричність та інклюзію; ефективність реабілітаційної системи безпосередньо корелює із рівнем інтеграції міжнародних стандартів (МКФ) та розвитком цифрової інфраструктури, що є запорукою збереження людського капіталу держави в умовах війни та повоєнного періоду.

1.2 Етапи формування державної політики у сфері медичної реабілітації в Україні та у світі

Питання еволюції державної політики та управління у сфері охорони здоров'я, зокрема медичної реабілітації, є предметом досліджень багатьох вітчизняних та зарубіжних науковців [2-3, 9-12, 34, 51, 81, 83, 88, 90].

Науковий дискурс охоплює аналіз історичних перетворень, політичних рішень та інновацій. Так, Е. Х. Даті та П. Р. Кац [88] фокусуються на реабілітації літніх людей, підкреслюючи роль державних програм у покращенні якості життя через паліативну допомогу та перехідний догляд. Український дослідник Л. Приймачок [51] зазначає, що термін «реабілітація» у медицині з'явився ще у 1903 році (Ф. Й. Раттер фон Бус) у контексті благодійності, та аналізує вплив історичних подій на розвиток галузі. Еволюцію суспільного сприйняття інвалідності ґрунтовно висвітлено у працях за редакцією Л. Ю. Байди [32]. Важливим є внесок авторів, які обґрунтовують необхідність впровадження світових стратегій психологічної реабілітації в Україні [44], а також роботи Д. Т. Вейда та П. В. Халлігана [97], які аргументують перехід до біопсихосоціальної моделі.

Аналіз історичних джерел дозволяє стверджувати, що витоки формування політики щодо осіб з обмеженнями сягають XVI ст. У Франції (при Генріху IV, з 1616 р.) вперше застосували термін «інвалід» до ветеранів війн, для яких створювали спеціальні заклади (*Hotel des Invalides*). Аналогічні процеси відбувалися в Німеччині та Англії. Натомість цивільних осіб із травмами чи вродженими вадами називали «каліками», і вони могли розраховувати лише на

притулок при монастирях. Протягом століть домінуючою державною стратегією була ізоляція таких людей від суспільства [32, 51].

Кардинальна зміна підходів відбулася в середині ХХ ст. Наслідки Другої світової війни актуалізували проблему масової інвалідності, що зумовило перехід до концепцій інтеграції та інклюзії [32].

Узагальнення наукових доробків дозволило нам виокремити ключові етапи генези публічного управління медичною реабілітацією на теренах України та запропонувати авторську періодизацію цього процесу (табл. 1.2).

Таблиця 1.2.

Етапи формування державної політики у сфері медичної реабілітації

Назва етапу та часові межі	Характеристика та зміст етапу
I. Етап становлення (1900 – 1940 рр.)	Зародження концепції медичної реабілітації. Фокус на фізичній терапії (вправи, масаж, механотерапія) та відновленні функцій окремих органів. Інтерес держави зумовлений потребою реабілітації учасників Першої світової війни. Створення перших центрів для ветеранів.
II. Етап післявоєнного розвитку (1950 – 1960 рр.)	Інституціоналізація реабілітації. Зростання попиту на послуги для ветеранів Другої світової війни. Формування державних програм у національних системах охорони здоров'я. Відкриття спеціалізованих закладів фізичного та психічного відновлення.
III. Етап професіоналізації (1970 – 1980 рр.)	Визнання реабілітації як невід'ємної складової охорони здоров'я. Розробка освітніх програм для підготовки профільних фахівців (фізіотерапевтів, ерготерапевтів). Поява та активна діяльність міжнародних інституцій, що координують реабілітаційну політику.
IV. Етап соціалізації та реформування (1990 – поч. 2000 рр.)	Системні реформи та інтеграція реабілітації у первинну ланку медицини. Зміщення акценту на соціальну інтеграцію осіб з інвалідністю. Впровадження національних програм, спрямованих на забезпечення доступності послуг та повернення пацієнтів до активного життя.
V. Етап розширення та спеціалізації (2000 – 2010 рр.)	Динамічний розвиток вузькоспеціалізованих центрів (наприклад, для пацієнтів із травмами спинного мозку, ДЦП). Адаптація та впровадження міжнародних стандартів надання реабілітаційних послуг.
VI. Етап модернізації (2010 – 2020 рр.)	Міжвідомча взаємодія та інтеграція медичної складової із соціальними службами та роботодавцями. Запровадження механізмів державного фінансування послуг, що розширило доступ до реабілітації для широких верств населення.
VII. Етап інноваційних змін та цифровізації (2020 рр. – до тепер)	Технологічний прорив шляхом використання телеметрії (телереабілітація), штучного інтелекту, роботизованих систем та VR-технологій. Персоналізація даних, дистанційний моніторинг та автоматизація процесів діагностики й відновлення.

Джерело: складено автором [32,34, 51, 81]

Запропонована етапізація демонструє еволюцію від простих форм догляду до високотехнологічної, комплексної системи, інтегрованої в загальну структуру охорони здоров'я.

Водночас можна спостерігати еволюцію державної політики України щодо медичної реабілітації, яка прослідковується через інституційні зміни – удосконалення чинного та прийняття нового законодавства та створення нових інституцій.

Фундамент національної системи підтримки здоров'я та відновлення було закладено ще на початку незалежності із прийняттям базових законів, таких як Закон «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» [61] та «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» [64]. Пізніше, у 2000-х роках, ці норми були розширені Законом «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» [62] та запровадженням індивідуальних програм реабілітації, порядок яких було затверджено Кабінетом Міністрів [57].

Кардинальні трансформації у підходах до управління галуззю відбулися з початком системної реформи охорони здоров'я. Ключову роль у формуванні нової політики відіграє Міністерство охорони здоров'я України [58], однак інституційна архітектура була суттєво змінена зі створенням Національної служби здоров'я України (НСЗУ) [50]. Це стало можливим завдяки прийняттю Закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [53], який змінив принцип фінансування послуг, у тому числі реабілітаційних.

Важливим кроком до інтеграції у світовий медичний простір стало офіційне затвердження Плану заходів із впровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) [56], що дозволило перейти на біопсихосоціальну модель реабілітації.

Сучасний етап розвитку характеризується виокремленням реабілітації як самостійної складової медичної допомоги. Знаковою подією стало прийняття у 2020 році спеціалізованого Закону «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [63], який закріпив нові термінологічні та організаційні стандарти. На його виконання Урядом було прийнято постанову «Питання організації реабілітації у

сфері охорони здоров'я» [48], а Міністерством охорони здоров'я розроблено Порядок організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах [59], що структурує шлях пацієнта від гострого періоду до відновлення.

В умовах воєнного стану державна політика оперативно адаптується до нових викликів. Зокрема, було внесено зміни до законодавства щодо підвищення доступності реабілітаційної допомоги [52] та затверджено стратегію розвитку фізкультурно-спортивної реабілітації ветеранів війни [55]. Паралельно розвивається інфраструктура розширеної (вторинної) реабілітації, прикладом чого є проєктні ініціативи створення мережі центрів, такі як «Re 5 HUB» [66].

Перспективи подальшого розвитку галузі закріплені у стратегічних документах, що орієнтовані на довгострокове планування. Так, розпорядженням Кабінету Міністрів затверджено план заходів на 2025–2026 роки з реалізації Національної стратегії створення безбар'єрного простору до 2030 року [54]. Окрім того, невід'ємною частиною модернізації є цифровізація процесів, що регулюється законодавством про Національну програму інформатизації [60], та постійний громадський моніторинг ефективності системи охорони здоров'я [66].

Для наглядності узагальнимо все вище викладене у табличній формі (табл. 1.3) в якій чітко показано, як змінювалася роль держави – від пасивного соціального захисту (виплати та пільги) до активного управління якістю та доступністю медичних послуг через НСЗУ та цифрові інструменти. Це свідчить про докорінну трансформацію державної політики України у сфері реабілітації. Якщо на початкових етапах домінував патерналістський підхід, орієнтований на встановлення статусу інвалідності та виплату пільг, то сучасна модель, спираючись на нові фінансові механізми (НСЗУ) та міжнародні класифікатори (МКФ), фокусується на функціональному відновленні людини та її поверненні до активного життя. Інституційні зміни останніх років, посилені адаптацією законодавства до умов воєнного стану, демонструють перехід до людиноцентричної стратегії, де реабілітація є невід'ємною, високо-технологічною та доступною складовою національної системи охорони здоров'я.

Таблиця 1.3.

**Еволюція державної політики та інструментів публічного управління
у сфері медичної реабілітації в Україні**

Період	Сутність етапу (Парадигма політики)	Основне нормативно-інституційне забезпечення	Трансформація інструментів управління (E-Health контекст)
<i>I етап</i> (1991–2014)	Патерналістська модель Реабілітація як форма соціального захисту та пілґ. Об'єкт управління – статус інвалідності.	<ul style="list-style-type: none"> ЗУ «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю» [61] ЗУ «Про реабілітацію осіб з інвалідністю» [62] Інститут МСЕК 	«Паперове врядування» Розрізнені паперові реєстри, відсутність обміну даними між відомствами. Управління за «ліжко-місцями», а не послугами.
<i>II етап</i> (2015–2019)	Системна реформа Зміна моделі фінансування. Відокремлення функції замовника послуг (НСЗУ) від надавача.	<ul style="list-style-type: none"> Створення НСЗУ (ПКМУ № 1101) [50] ЗУ «Про державні фін. гарантії...» [53] Початок імплементації МКФ [56] 	Зародження E-Health Запуск центральної бази даних ЕСОЗ. Перехід до принципу «гроші йдуть за пацієнтом» можливий лише завдяки електронному обліку (е-рецепти, е-направлення).
<i>III етап</i> (2020–2021)	Інституційна спеціалізація Визнання реабілітації окремою сферою охорони здоров'я. Біопсихосоціальна модель.	<ul style="list-style-type: none"> ЗУ «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [63] ПКМУ № 1268 (Організаційні вимоги) [48] Створення мульти-дисциплінарних команд 	Цифрова стандартизація Впровадження МКФ як універсальної цифрової мови кодування станів здоров'я. Формування електронних медичних записів (ЕМЗ) для реабілітації.
<i>IV етап</i> (2022– <i>дотепер</i>)	Адаптивна резильєнтність Забезпечення доступності в умовах війни. Інтеграція військової та цивільної медицини.	<ul style="list-style-type: none"> ЗУ № 2494-ІХ (Доступність у воєнний стан) [52] Наказ МОЗ № 2083 (Маршрути пацієнтів) [59] Стратегія ветеранської реабілітації [55] 	Оперативне E-Врядування Електронні реабілітаційні маршрути. Розвиток теле-реабілітації (TeleHealth). Цифрова взаємодія між МОЗ, Мінсоцполітики та Міноборони.
<i>V етап</i> (<i>Перспектива 2025+</i>)	Інтегративна безбар'єрність Повне включення особи в соціум. Реабілітація як наскрізний процес відновлення людського капіталу.	<ul style="list-style-type: none"> Стратегія безбар'єрного простору до 2030 р. [54] Гармонізація із законодавством ЄС 	Data-Driven Management Управління на основі великих даних (Big Data). ШІ для прогнозування потреб у реабілітації. Єдиний цифровий простір соціальних та медичних послуг.

Джерело: розроблено та систематизовано автором на основі [48, 50, 52-66]

Паралельно з національними змінами відбувалася еволюція міжнародного нормативно-правового забезпечення:

1. *Організаційне визнання (1950–1960-ті)*. Прийняття резолюції ООН «Соціальна реабілітація інвалідів» (1950) та початок роботи Комітету експертів ВООЗ (1958), де наголошувалося на важливості реабілітаційних служб. Створення Міжнародної організації з реабілітації інвалідів (1960), що співпрацює з ООН, ВООЗ та МОП [51].

2. *Утвердження прав (1970–1990-ті)*. Декларація про права інвалідів (1975) закріпила рівність громадянських прав [87]. Проголошення Міжнародного року інвалідів (1981) та Десятиріччя інвалідів (1983–1992) активізували національні уряди [99]. Прийняття «Стандартних правил забезпечення рівних можливостей...» (1993) ознаменувало перехід від моделі «вразливості» до правозахисної моделі [100].

3. *Стандартизація та біопсихосоціальний підхід (2000-ні)*. Схвалення ВООЗ «Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я» (МКФ) у 2001 р. стало революційним кроком. В основу МКФ покладено біопсихосоціальну модель (БПС-модель), популяризовану Дж. Л. Енгелем, яка розглядає здоров'я як взаємодію біологічних, психологічних та соціальних факторів [97].

4. *Конвенційний етап (2006)*. Прийняття Генеральною Асамблеєю ООН Конвенції про права осіб з інвалідністю. Документ визначає інвалідність як результат взаємодії особи з бар'єрами середовища та закріплює принципи недискримінації, доступності та інклюзії [32].

5. *Стратегічне планування (2010–дотепер)*:

- Всесвітня доповідь щодо інвалідності (2011) окреслила ключові бар'єри: неадекватна політика, брак послуг та фінансування, фізична недоступність, відсутність даних [104].

- Глобальний план дій ВООЗ (2014–2021) зосередився на покращенні доступу до реабілітації та зборі даних [102].

- Цілі сталого розвитку (2015), зокрема Ціль 3, інтегрували реабілітацію в контекст глобального благополуччя [77].

○ Ініціатива «Реабілітація 2030» (2017) закликала до посилення політичного лідерства, інтеграції реабілітації в систему охорони здоров'я та розширення фінансування.

Підсумовуючи трансформацію державної політики щодо ставлення до осіб з обмеженням життєдіяльності, можна виділити три глобальні періоди:

1. Ізоляція (XVI – друга пол. XX ст.): відчуження від суспільства.
2. Інтеграція (друга пол. XX – кінець XX ст.): визнання прав та спроби залучення до соціуму.
3. Адаптація (початок XXI ст.): сприйняття інвалідності як універсального досвіду, акцент на адаптації середовища та соціальній самодостатності особи [32].

Таким чином, сучасна система публічного управління медичною реабілітацією базується на поєднанні міжнародних правових норм, використанні Міжнародної класифікації функціонування (далі МКФ) та реалізації біопсихосоціальної моделі (далі БПС-моделі), що забезпечує людиноцентричний підхід у наданні послуг.

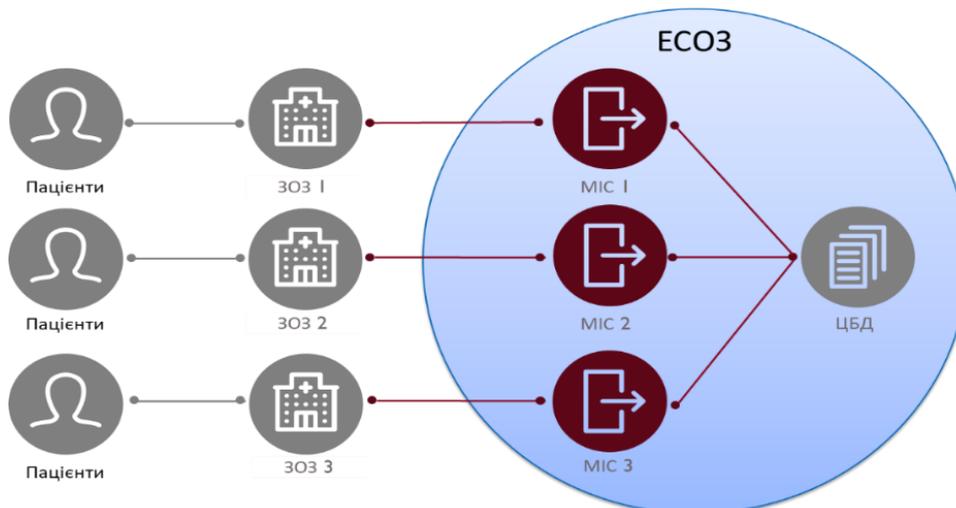
1.3 Концепція трансформації медичної реабілітації в контексті розвитку електронного врядування та електронної охорони здоров'я

Цифрова трансформація є визначальним вектором розвитку національної економіки та фундаментом побудови сучасного інформаційного суспільства. У сфері медичної реабілітації, значущість якої критично зросла в умовах подолання наслідків воєнної агресії, впровадження технологій електронного врядування стає не просто технічним оновленням, а необхідною умовою виживання та ефективності системи. Традиційні методи адміністрування вже не відповідають суспільним очікуванням, що вимагає переходу до гнучких, людиноцентричних моделей публічного управління, здатних оперативно інтегрувати досягнення інноваційної та телеметричної медицини.

Цифрові трансформації в сфері охорони здоров'я регулюють: Закони України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [45], «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»[53], Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я», інші нормативно-правові акти [14].

Державний курс на цифровізацію охорони здоров'я закріплений у низці стратегічних актів. Ключове значення мають ЗУ «Про національну програму інформатизації» [59] та Концепція розвитку електронної охорони здоров'я (Розпорядження КМУ № 1671) [36]. Остання визначає е-здоров'я (eHealth) як складну екосистему, що базується на безпечному використанні ІКТ для підтримки медичних послуг, профілактики та освіти [66, 75].

Важливим кроком стало впровадження Електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ). Згідно зі ст. 3 ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [45], ЕСОЗ — це дворівнева інформаційно-комунікаційна архітектура (рис. 1.1), що поєднує державну центральну базу даних (ЦБД) та приватні медичні інформаційні системи (МІС) через відкриті програмні інтерфейси (API).



Примітки: ЗОЗ – заклади охорони здоров'я

Рис. 1.1. Дворівнева архітектура Електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) [44]

Публічне управління цифровізацією реабілітації реалізується через чіткий розподіл повноважень між ключовими інституціями ЕСОЗ (табл. 1.4).

Таблиця 1.4.

Повноваження державних інституцій, що забезпечують ЕСОЗ

Інституція	Повноваження
КМУ	забезпечує проведення державної політики у сфері електронної охорони здоров'я, розробку і здійснення заходів із створення матеріально-технічної бази та інших умов, необхідних для розвитку системи е- охорони здоров'я.
МОЗ	формує політику у галузі охорони здоров'я, відповідає за реалізацію реформ, зокрема, визначає пріоритетні напрямки розвитку ЕСОЗ.
НСЗУ	є власником ЦБД, у т. ч. майнових прав на програмне забезпечення ЦБД, аналізує та використовує дані для прогнозування потреб населення в медичних послугах, розробки програми медичних гарантій, здійснення оплати закладам за медичні послуги, а також: забезпечує функціонування ЕСОЗ; узагальнює інформацію та розробляє стратегічні напрями розвитку ЕСОЗ; затверджує технічні вимоги до електронних медичних інформаційних систем; проводить верифікацію даних у ЦБД ЕСОЗ.
ДП “Електронне здоров'я”	є адміністратором ЦБД і відповідає за: адміністрування та технічну підтримку ЦБД; прийняття рішення про підключення, відключення та зупинення доступу електронної МІС до ЦБД; надання технічної підтримки операторам з питань впровадження нових функціональних можливостей системи; надання інформаційних та консультаційних послуг щодо ЕСОЗ; розроблення та підтримання в належному стані технічної документації ЦБД.

Джерело: складено автором за даними [1, 66]

Таким чином можемо констатувати, що на сьогодні в Україні сформовано достатню інституційну базу, яка не потребує створення додаткових органів, але вимагає посилення міжвідомчої координації.

Трансформація реабілітаційної галузі супроводжується впровадженням понад 120 цифрових проєктів. Особливу увагу приділено функціоналу обліку реабілітаційних втручань та інтеграції ЕСОЗ з іншими реєстрами [76]. В умовах війни проривним напрямом стала телемедицина. Впроваджено сім спеціалізованих проєктів, зокрема:

- платформа «RGS» для нейрореабілітації;
- віртуальні операційні «Eriqar»;
- дистанційний моніторинг через систему «HomeDoctor».

На сьогодні триває розвиток ключових систем і реєстрів, необхідних для сфери охорони здоров'я. Зокрема, функціонує 13 інформаційно-комунікаційних систем та 45 реєстрів [78]. У сфері медичної реабілітації в Україні та світі використовуються такі цифрові продукти, як електронні медичні картки, системи телемедицини, мобільні додатки з реабілітації, імерсійні технології тощо

(Додаток Б), що підвищує ефективність та забезпечує доступність реабілітаційних послуг [76, 87].

Інноваційно-інформаційні технології та використання цифрових продуктів у сфері медичної реабілітації є необхідною умовою для підвищення ефективності, доступності та якості реабілітаційних послуг й медицини вцілому. Окремо виділимо імерсійні технології (VR/AR/MR), які, за прикладом світових лідерів (MindMaze), підвищують мотивацію пацієнтів та дозволяють створювати персоналізовані сценарії відновлення. Роботизовані системи та екзоскелети (Ekso Bionics) забезпечують точність рухів, недоступну при традиційних методах.

Для поглибленого аналізу об'єкта управління варто класифікувати цифрові продукти за їхніми цілями, функціональним призначенням та інструментами впливу на якість реабілітації (табл. 1.5).

Таблиця 1.5.

Цілі та результати використання інноваційно-інформаційних технологій у медичній реабілітації

Цілі	Можливості	Результати
Підвищення якості та доступності послуг	Цифрові технології дозволяють покращити якість медичних послуг, забезпечуючи доступ до сучасних методик та технологій лікування	Впровадження телемедицини дозволяє пацієнтам з віддалених регіонів отримувати консультації висококваліфікованих спеціалістів без потреби подорожувати
Забезпечення безперервності лікування	Інформаційні технології забезпечують безперервний моніторинг стану пацієнтів та адаптацію лікування в режимі реального часу.	Використання мобільних додатків для відстеження прогресу реабілітації дозволяє пацієнтам і лікарям оперативно реагувати на будь-які зміни у стані здоров'я.
Підвищення рівня мотивації пацієнтів	Інтерактивні та ігрові технології можуть підвищити мотивацію пацієнтів до виконання реабілітаційних програм	Використання імерсійних технологій, у т.ч., віртуальної реальності для проведення реабілітаційних вправ робить процес лікування цікавішим та більш залученим для пацієнтів
Поліпшення збору та аналізу даних	Цифрові технології дозволяють ефективно збирати та аналізувати медичні дані, що сприяє прийняттю обґрунтованих управлінських рішень.	Використання великих даних та алгоритмів штучного інтелекту для аналізу ефективності різних методик реабілітації допомагає покращити стандарти лікування

Джерело: складено автором [36, 37, 43, 71, 72, 74]

Інноваційний процес у публічному управлінні реабілітацією має циклічний характер і охоплює чотири етапи: *Розробка* → *Випробування* → *Узаконення* → *Впровадження* (рис. 1.2).

На кожному етапі формування та реалізація державної політики у сфері медичної реабілітації здійснюється організаційно-управлінський вплив відповідними інституціями, що дотичні до інноваційного процесу у сфері медичної реабілітації. Зважаючи на опрацьовані наукові джерела [41, 65, 67, 80, 81, 88], вбачається, що на сьогодні, найбільш ефективною формою організації взаємодії державноуправлінських та інформаційно-інноваційних систем у сфері медичної реабілітації є організаційно-управлінський кластер, що об'єднує наукові установи, медичні заклади, ІТ-компанії та органи влади. Це дозволяє подолати фрагментарність системи та забезпечити безперервність реабілітаційного маршруту пацієнта.

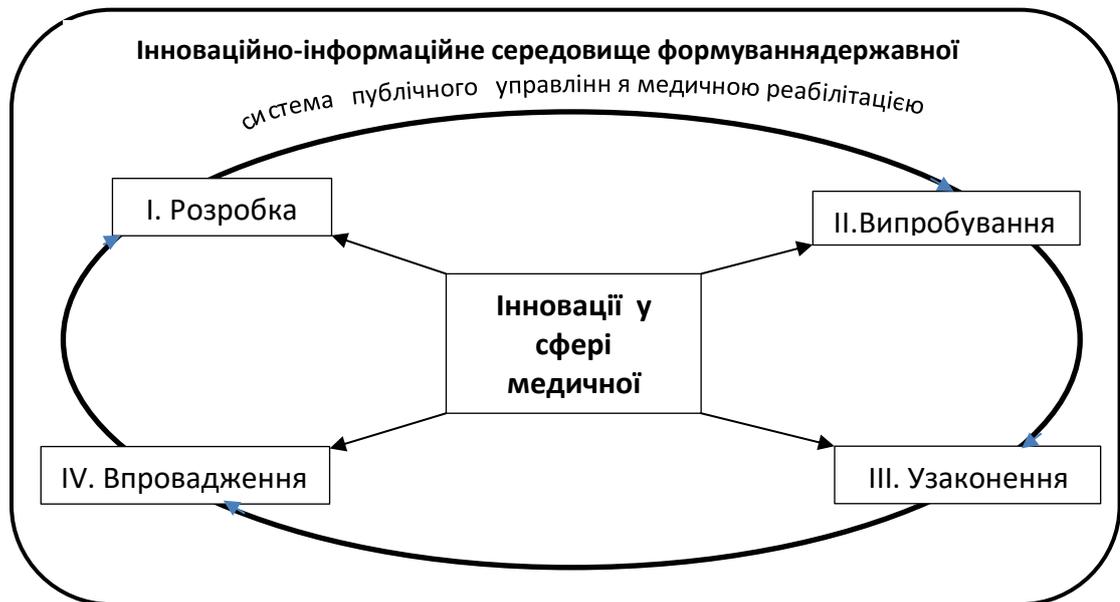


Рис. 1.2. Формування та реалізація державної політики медичної реабілітації в умовах розвитку інноваційно-інформаційного середовища

Ефективне функціонування такого кластеру забезпечують різні за призначенням, функціями та повноваженнями інститути й інституції, які задіяні у процесі створення інновацій. Загалом роль різних інституцій у такому

організаційно-управлінському кластері на кожному з етапів представлена в таблиці 1.6.

Таблиця 1.6.

Роль інституцій кластеру в процесі формування інноваційно-інформаційного середовища у сфері медичної реабілітації

Етап	Характеристика	Інституції
I-й етап	розробка інновацій	науково-дослідні установи, лабораторії, науково-дослідні розробки кафедр університетів тощо
II-й етап	випробування інновацій	експериментальні медичні реабілітаційні центри, майданчики, базові територіальні центри з дослідження пілотних проєктів тощо
III-й етап	узаконення інновацій	органи законодавчої та виконавчої влади різних рівнів
IV-й етап	впровадження інновацій	заклади охорони здоров'я різного рівня та різних форм власності, реабілітаційні центри, тощо.

Джерело: складено автором

Як зазначається на сайті МОЗ України [66, 75, 76] електронна охорона здоров'я (е-здоров'я, eHealth) є «екосистемою інформаційних відносин учасників медичного середовища держави, які базуються на економічно ефективному та безпечному використанні інформаційно-комунікаційних технологій, що спрямовані на підтримку системи охорони здоров'я, включаючи медичні послуги, профілактичний нагляд за здоров'ям, медичну літературу та медичну освіту, знання та дослідження».

Так, за останні роки відбулася низка системних зрушень та цифрових трансформацій в охороні здоров'я. Було ухвалено базові законодавчі акти, в яких eHealth і цифрові інструменти визначені як засадничі для розвитку сфери. Урядом України схвалено п'ятирічну Концепцію розвитку електронної охорони здоров'я [36].

Також напрацьовано дорожню карту, згідно з якою заплановано понад 120 цифрових проєктів, покликаних забезпечити якість, безпечність та доступність медичних послуг для пацієнтів.

Однак сьогодні важливою перешкодою на шляху до повної цифровізації сфери медичної реабілітації залишається проблема формування цифрових

компетентностей медичного персоналу. Згідно з Концепцією розвитку цифрових компетентностей [37], сучасний фахівець з реабілітації має володіти не лише професійними медичними навичками, а й бути впевненим користувачем ЕСОЗ, розуміти алгоритми роботи телемедичних платформ та вміти інтерпретувати дані, отримані за допомогою високотехнологічного обладнання. Наразі в системі публічного управління спостерігається певний розрив між швидкістю впровадження інновацій та темпами підготовки кадрів. Для розв'язання цієї проблеми необхідно запровадити систему безперервного професійного розвитку (БПР), яка б включала обов'язкові модулі з кібергігієни, роботи з великими даними (Big Data) та використання інструментів штучного інтелекту в діагностиці. Державна політика в цьому напрямі має стимулювати заклади освіти до інтеграції ІТ-дисциплін у медичні курси, оскільки низька цифрова грамотність призводить до супротиву змінам («Luddite effect») та знижує ефективність використання дороговартісних електронних систем.

Загалом, незважаючи на значні успіхи, існують бар'єри, що гальмують розвиток е-реабілітації (табл. 1.7).

Також, паралельно з розвитком кадрового потенціалу, на перший план виходять питання кібербезпеки та захисту персональних даних пацієнтів. Оскільки медична інформація (зокрема, дані про стан здоров'я військовослужбовців та цивільних осіб, що постраждали внаслідок бойових дій) є об'єктом особливого інтересу для кібератак з боку агресора, безпека ЕСОЗ стає складником національної безпеки.

Сучасні виклики вимагають від органів публічної влади (зокрема ДП «Електронне здоров'я» та НСЗУ) переходу до моделі «Zero Trust Architecture» (архітектура нульової довіри). Це передбачає постійну верифікацію користувачів, шифрування даних на всіх етапах передачі та створення географічно розподілених резервних копій центральної бази даних. Крім того, на нормативному рівні потребує врегулювання питання етичного використання штучного інтелекту при обробці великих масивів медичних даних, щоб уникнути

помилкових алгоритмічних рішень та забезпечити право пацієнта на конфіденційність згідно з європейськими стандартами GDPR.

Таблиця 1.7

**Проблеми з реалізації державної політики медичної реабілітації,
що потребують вирішення шляхом цифровізації**

Проблема	Причини виникнення
<i>Низька керованість і ефективність системи охорони здоров'я та високий рівень її бюрократизації</i>	- використання неефективних інструментів та механізмів управління, ведення великої кількості паперових форм медичної документації та збиранням статистичної інформації, яка потребує перегляду та оцінки з точки зору впливу на ефективність функціонування системи охорони здоров'я; - відсутність своєчасної та стандартизованої інформації про пацієнта у лікарів, що призводить до дублювання консультацій, лабораторних досліджень, інших медичних послуг на різних рівнях надання медичної допомоги та до нерациональних витрат ресурсів.
<i>Розгорнута форма ведення медичної документації та недостатність інформації про стан здоров'я пацієнта</i>	Первинна медична інформація про стан здоров'я пацієнта зберігається у різних надавачів медичних послуг у паперовому вигляді, що призводить до: - адміністративного навантаження на медичних працівників та значних часових затрат; - недоступності інформації для медичного персоналу поза закладом; - високої вірогідності втрати інформації; - низької можливості для проведення моніторингу, контролю та управління якістю надання медичних послуг.
<i>Обмежена доступність медичних послуг</i>	Потреба у наданні медичної допомоги з використанням засобів дистанційного зв'язку через те, що: - у регіонах спостерігається неоднорідність покриття мережею закладів охорони здоров'я; - спостерігається нестача кваліфікованого медичного персоналу; - наявний непропорційний територіальний розподіл спеціалістів (концентрація у великих містах, недостатність у сільській місцевості).
<i>Непрозорість системи охорони здоров'я, недостовірні дані та корупція</i>	Відсутні дієві механізми: - збору якісної інформації для ухвалення ефективних рішень органами управління системи охорони здоров'я та запобігання зловживанням у цій сфері (формування медичної статистики через паперовий документообіг); - управління лікарськими засобами, медичними виробами та обладнанням; - контролю за доступністю та якістю надання медичної допомоги пацієнтам; - зменшення кількості лікарських помилок та зловживань. Збирання та формування медичної статистики розірвані в процесі між собою, відсутня достовірна валідація і верифікація первинних даних, що використовуються для формування статистичної звітності.
<i>Недостатньо розвинена медична інфраструктура інформатизації</i>	- кадрова спроможність; - рівень цифрової компетентності медичних працівників; - стан комп'ютеризації закладів охорони здоров'я; - кіберзагрози та слабка спроможність забезпечення кібербезпеки (відсутність кадрів, відповідних технічних засобів, фінансових ресурсів).

Джерело: складено автором за матеріалами [1, 3, 9, 17, 18, 82]

Узагальнюючи, зазначимо, що в Україні сформовано базис для електронного врядування у сфері медичної реабілітації. Проте для повної реалізації потенціалу цифровізації необхідно: забезпечити нормативне регулювання ШІ та хмарних технологій у медицині; впровадити кластерну модель управління інноваціями; системно підвищувати цифрову грамотність медичних кадрів (Health Literacy), що дозволить перейти від моделі надання послуг до моделі управління результатом відновлення людини.

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНИЙ СТАН ФОРМУВАННЯ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

2.1 Інституційне забезпечення процесів реалізації державної політики у сфері медичної реабілітації

Інституційне забезпечення системи публічного управління, на наш погляд, доцільно розглядати крізь призму синергетичного впливу двох ключових механізмів: нормативно-правового та організаційного. Саме в такій логічній послідовності – від законодавчого фундаменту до організаційної структури та практичної реалізації – викладено матеріал у даному підрозділі.

В Україні функції публічно-управлінської діяльності у сфері охорони здоров'я реалізуються на підставі розгалуженої нормативно-правової бази, що визначає правовий статус суб'єктів, гарантує права людини на здоров'я та регулює надання послуг. Фундаментальним джерелом правового забезпечення є Конституція України [35, ст. 49], яка закріплює право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Держава зобов'язується забезпечувати фінансування відповідних соціально-економічних та оздоровчих програм, створюючи умови для ефективного і доступного медичного обслуговування.

Базовим спеціалізованим документом є Закон України «Основи законодавства про охорону здоров'я» [45]. Він декларує відповідальність держави перед сучасним і майбутніми поколіннями за збереження генофонду народу України та визначає пріоритетність охорони здоров'я. Як зазначає І. О. Парубчак [47, с. 69], публічне управління у цій сфері є регламентованою виконавчо-розпорядчою діяльністю, спрямованою на забезпечення повного фізичного, психічного і соціального благополуччя.

Однак, розглядаючи медичну реабілітацію як окремий об'єкт публічного управління, слід зазначити, що її інституційне становлення в Україні пройшло

складний шлях трансформацій. Аналіз ретроспективи дозволяє виокремити два ключові етапи формування державної політики у цій сфері, що відрізняються концептуальними підходами до визначення суб'єктів та моделей допомоги:

1. Фрагментарний етап (1991 – 2018 рр.). Характеризується домінуванням біомедичної моделі та реактивним підходом. Регулювання здійснювалося через призму соціального захисту окремих категорій (особи з інвалідністю, постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС тощо) на підставі базових нормативно-правових актів. З початком антитерористичної операції (АТО) у 2014 році, держава вимушено реагувала на нові виклики, додавши до суб'єктів-отримувачів допомоги учасників бойових дій. Проте, як слушно зауважують дослідники, такий підхід не був системним: реабілітація не розглядалася як невід'ємна складова лікувального процесу для всіх громадян, а доступ до неї залежав від наявності специфічного статусу (інвалідність, учасник війни).

2. Системний етап (2018 – дотепер). Пов'язаний із переходом до біопсихосоціальної моделі (БПС-моделі) та імплементацією в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ). Поштовхом стало затвердження Плану заходів із впровадження МКФ (Розпорядження КМУ № 1008-р [56]) та створення нових професійних стандартів («лікар фізичної та реабілітаційної медицини», «фізичний терапевт», «ерготерапевт») шляхом внесення змін у 2019 р. до «Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я» (Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13.12.2018 р. № 2331) та до наказу Міністерства охорони здоров'я України № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських посад, посад фармацевтів, посад фахівців з фармацевтичною освітою, посад професіоналів у галузі охорони здоров'я, посад фахівців у галузі охорони здоров'я та посад професіоналів з вищою немедичною освітою у закладах охорони здоров'я».

Логіку та зміст цих трансформацій наочно відображено в Таблиці 1.3 попереднього розділу.

Ключовим елементом сучасного інституційного забезпечення став Закон України № 1053-IX «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» (далі – Закон №1053) [63], прийнятий 3 грудня 2020 року. Цей документ остаточно закріпив зміну парадигми, що передбачає наступне:

1. Система реабілітації ґрунтується на біопсихосоціальній моделі. Обмеження функціонування розглядається як результат взаємодії особи з бар'єрами навколишнього середовища, а не лише як наслідок хвороби [63, ст. 8].

2. Метою державної політики є досягнення особою оптимального рівня функціонування у її середовищі, що реалізується через принципи, наведені у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Загальні принципи проведення реабілітації

Принцип	Зміст
Пацієнто-центричність	Планування реабілітації з урахуванням потреб та побажань особи, безпосередня участь пацієнта у постановці цілей.
Цілеспрямованість	Орієнтація на досягнення конкретних довго- та короткострокових SMART-цілей.
Своєчасність	Початок надання допомоги вже у гострому періоді (або одразу після стабілізації стану).
Послідовність та безперервність	Взаємозв'язок етапів реабілітації, відсутність розривів у наданні допомоги при переході між закладами.
Функціональна спрямованість	Фокус на відновленні здатності до самообслуговування та активного життя, а не лише на клінічних показниках.

Джерело: складено автором за даними [63, ст. 5].

Попри прогресивність законодавчих змін, практична імплементація державної політики стикається з низкою викликів. Наукова дискусія (С.Г. Богданов [2], В.В. Брич [3], О.В. Яремчук, І.А. Берлінець [82]), та звіти міжнародних партнерів [18] дозволяють ідентифікувати слабкі місця інституційного механізму, що забезпечує функціонування системи охорони здоров'я в цілому й медичної реабілітації, зокрема.

Зокрема, у Доповіді ВООЗ (2020-2021 рр.) наголошувалося на відсутності єдиної координаційної вертикалі (розпорошення функцій між МОЗ та Мінсоцполітики), застарілій термінології у підзаконних актах та фрагментарності фінансування. Ці тези підтверджуються вітчизняними

науковцями, які вказують на необхідність уніфікації стандартів та створення єдиного органу координації [34, 66].

В умовах повномасштабного вторгнення РФ з 2022 року, система піддалася екстремальному навантаженню. Бюро ВООЗ в Україні у своєму звіті (2023) виокремила критичні бар'єри:

- Кадровий дефіцит: нестача фахівців з реабілітації, володіючих сучасними методиками;
- Проблеми маршрутизації: відсутність автоматизованих алгоритмів переведення військових з етапу лікування на етап реабілітації;
- Бюрократичні перепони: розрив у часі між випискою пацієнта та наданням йому допоміжних засобів реабілітації (протезів, крісел колісних), що фінансуються за лінією Мінсоцполітики [18].

Реагуючи на ці виклики, держава активізувала нормативну діяльність. Було затверджено «Національну стратегію із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року» [42], яка інтегрує реабілітацію у ширший контекст соціальної інклюзії.

Водночас, деякі управлінські рішення є дискусійними. Зокрема, Постанова КМУ № 667 [55] затверджує окрему стратегію фізкультурно-спортивної реабілітації виключно для ветеранів. На нашу думку, виокремлення ветеранів у специфічну «резервацію» послуг суперечить сучасній філософії інклюзії. Більш ефективна модель передбачає інтеграцію ветеранів у загальнонаціональну систему безбар'єрності та реабілітації, що сприятиме їхній реінтеграції, а не стигматизації як «окремої вразливої категорії». Також викликає занепокоєння розмитість відповідальності за виконання цієї стратегії між десятком різних відомств, що не завжди ефективно взаємодіють між собою та перекладають цю відповідальність один на одного.

На сучасному етапі інституційна архітектура системи реабілітації спирається на чітку структуру суб'єктів, визначену Законом №1053, що відображено у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2.

Структура суб'єктів системи медичної реабілітації в Україні

Група суб'єктів	Склад
<i>Отримувачі допомоги</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Особи з обмеженнями повсякденного функціонування (включно з особами з інвалідністю та дітьми з інвалідністю).
<i>Організаційно-управлінські суб'єкти</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Органи виконавчої влади (МОЗ, Мінсоцполітики, НСЗУ) та місцевого самоврядування; • Професійні самоврядні організації та громадські об'єднання.
<i>Надавачі допомоги</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Мультидисциплінарні реабілітаційні команди (МДРК); • Фахівці з реабілітації (фізичні терапевти, ерготерапевти, терапевти мови та мовлення тощо); • Реабілітаційні заклади та відділення.

Джерело: узагальнено автором за [63].

Важливим кроком у впорядкуванні діяльності надавачів послуг стало прийняття Постанови КМУ № 1268 [48] та Наказу МОЗ № 2083 [59], які деталізували вимоги до роботи мультидисциплінарних команд та затвердили реабілітаційні маршрути. Це дозволило частково вирішити проблему «розривів» у наданні допомоги.

Таким чином, інституційне забезпечення державної політики у сфері медичної реабілітації в Україні перебуває на стадії активної модернізації. Відбувся перехід від патерналістської моделі соціального захисту до сучасної сервісної моделі, заснованої на правах людини та доказовій медицині. Створено законодавчий каркас (Закон №1053), імplementовано МКФ та визначено нові професії. Водночас, система все ще страждає від інституційної фрагментарності (складність взаємодії між медичним та соціальним секторами), кадрового дефіциту та необхідності швидкої адаптації до масштабних викликів воєнного часу. Подальший розвиток державної політики у сфері медичної реабілітації вимагає посилення координаційної ролі єдиного центру прийняття рішень та повної цифровізації реабілітаційного шляху пацієнта.

Поряд із нормативно-правовим регулюванням, критично важливою складовою механізму публічного управління є його інституційна архітектура. Вона формується сукупністю органів влади, установ та організацій, що

забезпечують реалізацію державної політики. Основні суб'єкти цього процесу та їхні функції узагальнено в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3.

Інститути з реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я та медичної реабілітації

Інститути	Ключові функції у сфері охорони здоров'я та реабілітації
<i>Міністерство охорони здоров'я (МОЗ)</i>	Формування державної політики, нормативно-правове регулювання, координація медичних установ, управління національними програмами.
<i>Національна служба здоров'я України (НСЗУ)</i>	Виконує функцію стратегічного закупівельника: контрахтування закладів, фінансування послуг (ПМГ), моніторинг виконання договорів.
<i>Місцеві органи влади та самоврядування</i>	Забезпечення доступності послуг на рівні громад, управління комунальними закладами, розвиток інфраструктури.
<i>Державна служба з питань безпеки харчових продуктів та захисту споживачів</i>	Санітарно-епідеміологічний нагляд, контроль за дотриманням санітарного законодавства.
<i>Науково-дослідні інституції та заклади освіти</i>	Науковий супровід реформ, розробка нових методик реабілітації, підготовка та безперервний професійний розвиток кадрів.
<i>Професійні асоціації та громадські об'єднання</i>	Розробка професійних стандартів, захист прав пацієнтів та медиків, громадський контроль, адвокація змін.
<i>Міжнародні організації (ВООЗ, ЮНІСЕФ тощо)</i>	Технічна та експертна допомога, фінансова підтримка, трансфер кращих світових практик та стандартів.
<i>Надавачі послуг (державні, комунальні, приватні)</i>	Безпосереднє надання медичної та реабілітаційної допомоги, впровадження інновацій.

Джерело: узагальнено автором.

Центральним органом у цій системі є Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ). Відповідно до Положення [58], саме МОЗ забезпечує формування політики, затвердження стандартів та порядків надання допомоги, зокрема реабілітаційної. Організаційно-управлінську структуру Міністерства наведено на рисунку 2.1 аналіз якої та функціонального наповнення діяльності МОЗ дозволяє виділити такі пріоритетні напрями управління:

1. Нормотворчий – розробка політик, стандартів якості та безпеки послуг.

2. Організаційний – забезпечення доступності медицини та готовності до надзвичайних ситуацій.
3. Ресурсний – планування кадрового забезпечення, підтримка науки та інновацій.
4. Комунікаційний – профілактика захворювань та промоція здоров'я.

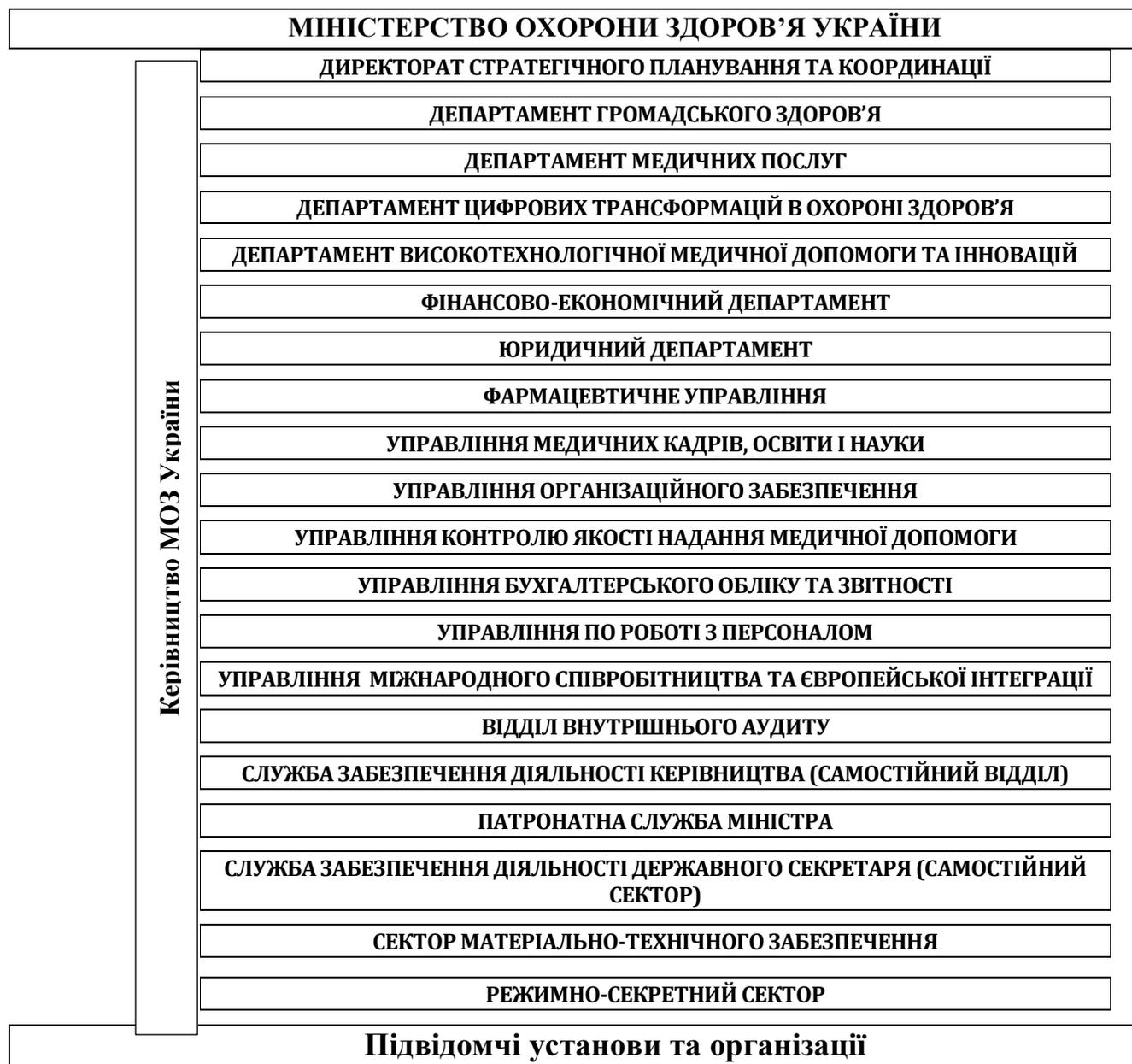


Рис. 2.1. Організаційно-управлінська структура Міністерства охорони здоров'я України

Джерело: Складено автором за даними офіційного сайту МОЗ

Окрім профільного Міністерства, на систему впливають Президент України, Верховна Рада (через профільні комітети), РНБО та інші центральні

органи виконавчої влади. Однак, проведений нами аналіз виявив ключову інституційну прогалину.

Незважаючи на те, що Кабінет Міністрів України, відповідно до ст. 13 Закону № 1053 [63], делегував повноваження щодо управління єдиною системою реабілітації профільному Міністерству, у структурі МОЗ (див. рис. 2.2) відсутній спеціалізований структурний підрозділ, який би ніс пряму відповідальність за розвиток реабілітації. Наразі ці функції розпорошені між Департаментом медичних послуг, Департаментом високотехнологічної допомоги та іншими підрозділами.

Така фрагментація, на нашу думку, створює ризики розмивання відповідальності, дублювання функцій та зниження оперативності прийняття рішень, що є неприпустимим в умовах війни, коли попит на реабілітаційні послуги зростає експоненційно.

Вирішення цієї дилеми можливе двома шляхами:

1. Екстенсивний (традиційний) через створення окремого державного органу (міністерства чи служби) з питань реабілітації. Цей шлях потребує значних бюджетних витрат і часу на бюрократичні процедури.

2. Інтенсивний (інноваційний) через запровадження міждисциплінарної цифрової координації. Це передбачає створення окремих підрозділів у структурі існуючих відомств (МОЗ, Мінветеранів, Мінсоцполітики), об'єднаних у Єдиний електронний реабілітаційний простір.

Ми вважаємо другий шлях більш ефективним. Він базується на створенні єдиної екосистеми, що включає:

- Інтегровані бази даних (ЕБД) надавачів та отримувачів послуг;
- Онлайн-платформу для маршрутизації пацієнтів та координації дій між відомствами в реальному часі.

Саме такий підхід дозволить повноцінно реалізувати біопсихосоціальну модель (БПС), забезпечуючи неперервність процесу відновлення людини: від медичного етапу до повної соціальної реінтеграції.

Враховуючи висновки міжнародних партнерів (ВООЗ) та поточні інфраструктурні зміни в охороні здоров'я (формування спроможної мережі закладів), подальше удосконалення системи має відбуватися через кластерний підхід. Тому в наступних підрозділах ми зосередимо увагу на обґрунтуванні ефективності медичних кластерів як сучасного інструменту публічного управління реабілітацією.

Узагальнюючи результати аналізу інституційного забезпечення реалізації державної політики у сфері медичної реабілітації, можна констатувати наступне:

1. В Україні відбувся фундаментальний перехід від застарілої патерналістської моделі соціального захисту до сучасної біопсихосоціальної моделі (БПС), заснованої на Міжнародній класифікації функціонування (МКФ). Прийняття Закону України № 1053-ІХ створило необхідний законодавчий каркас, який ставить у центр системи відновлення функціональності людини та її інтеграцію в соціум.

2. Попри прогресивні законодавчі зміни, організаційний механізм публічного управління суттєво відстає від нормативного. Ключовою проблемою є інституційна фрагментарність: повноваження у сфері реабілітації розпорошені між різними відомствами (МОЗ, Мінсоцполітики, Мінветеранів) та структурними підрозділами, а в профільному Міністерстві охорони здоров'я відсутній єдиний координаційний центр (спеціалізований департамент), відповідальний за реалізацію стратегії.

3. В умовах експоненційного зростання попиту на реабілітаційні послуги через війну, існуюча модель управління демонструє недостатню оперативність та гнучкість. Проблеми маршрутизації пацієнтів, розриви між етапами лікування та протезування, а також кадровий дефіцит вимагають переходу від екстенсивного нарощування ресурсів до інноваційних управлінських рішень.

Відтак, подальше удосконалення державної політики має відбуватися не шляхом створення нових громіздких бюрократичних структур, а через впровадження кластерного підходу та створення Єдиного цифрового реабілітаційного простору про що йтиметься далі. Це дозволить забезпечити

синергію наявних ресурсів, прозорість процесів та безперервність надання допомоги, що стане предметом подальшого дослідження у роботі.

2.2 Оцінка стану розвитку біопсихосоціальної моделі медичної реабілітації в умовах цифровізації у сфері охорони здоров'я

Сучасний етап розвитку системи охорони здоров'я в Україні характеризується фундаментальною зміною парадигми надання медичної допомоги та реабілітаційних послуг. Ця зміна зумовлена відмовою від застарілих патерналістських підходів на користь людиноцентричної моделі, яка закріплена у кращих світових практиках. Ключовим вектором державної політики у цій сфері стало впровадження біопсихосоціальної моделі (БПС-моделі), яка розглядає здоров'я людини не як статичну відсутність хвороби, а як динамічний процес взаємодії біологічних, психологічних та соціальних чинників.

Розуміння сутності цієї трансформації вимагає детального аналізу історичних передумов, теоретичного базису та практичних кроків держави щодо імплементації нових стандартів, а також оцінки ролі цифрових технологій як необхідного інструменту управління цією складною системою.

Історичний аналіз свідчить, що формування реабілітаційної допомоги пройшло довгий шлях еволюції. Якщо античні лікарі (Гіппократ) та мислителі Відродження (Парацельс) інтуїтивно намагалися поєднати лікування тіла і душі, то розвиток наукової медицини у XIX–XX століттях призвів до домінування біомедичної моделі [44, 51].

У цій моделі, яка панувала в українській системі охорони здоров'я протягом майже століття, людина розглядалася як біологічний механізм. Хвороба сприймалася як «поломка», яку лікар мав виправити медикаментозним чи хірургічним втручанням. Дж. Енгель, автор концепції БПС-моделі (1977 р.), критикував такий підхід, називаючи біомедичні установи «холодними та безликими», а лікарів – зацикленими на процедурах та нечуттєвими до особистих проблем пацієнтів, і більш ніж через 30 років Річард Д. Лейн у своїх

роботах акцентував, що «...інтеграція біопсихосоціального підходу в повсякденну медичну допомогу ще не відбулася, і немає жодних ознак того, що це станеться в найближчому майбутньому» [89]. Далі він зазначає, що не зважаючи на зростання витрат на охорону здоров'я у лікарів залишається все менше часу для контакту між лікарем і пацієнтом.

В Україні радянського періоду цей підхід трансформувалася у потужну, але вузькоспрямовану систему. Як зазначає Л.Примачок [51] вклад у її розвиток зробили вітчизняні школи:

- Харківська школа основоположниками якої у 1921 р. були М.І. Ситенко, В.Д. Чаклін, фокусувалася на розробці методів лікування травм фізичними методами та працетерапією, створення першого науково-дослідного інституту фізичної культури.

- Одеська школа заснована Я.Й. Камінським та А.Є. Штеренгерцем у 1934 році відзначилася обґрунтуванням лікувальної гімнастики та створення першої кафедри лікувальної фізкультури. Потім на її основі відбувся розвиток санаторно-курортної справи спрямований на формування принципів етапності лікування (стаціонар – санаторій – поліклініка), що було прогресивним для свого часу.

Однак, попри досягнення у лікувально-фізичній терапії (тоді — ЛФК), психологічні та соціальні аспекти відновлення пацієнта часто ігнорувалися. Інвалідність розглядалася як вирок, а державна політика зводилася до монетарних виплат та ізоляції осіб з інвалідністю в інтернатах, замість їхньої реінтеграції у суспільство.

Перехід до БПС-моделі став відповіддю на обмеженість суто медичного підходу. Для чіткого розуміння різниці між цими двома парадигмами державного управління у сфері охорони здоров'я нами розроблено порівняльну таблицю (табл. 2.4) з якої видно, що БПС-модель на відміну від традиційної є більш комплексною, а це висуває нові вимоги до системи публічного управління. БПС-модель вимагає координації не лише медичних, а й соціальних, освітніх та професійних служб.

Таблиця 2.4.

Порівняльна характеристика моделей реабілітації в контексті формування державної політики

Критерій порівняння	Біомедична модель (традиційна)	Біопсихосоціальна модель (сучасна)
Фокус уваги	Хвороба, патологія, діагноз.	Функціонування особи, її потреби та цілі.
Роль пацієнта	Пасивний об'єкт лікування («хворий»).	Активний учасник процесу реабілітації («партнер»).
Мета втручання	Ліквідація симптомів, «ремонт» організму.	Відновлення якості життя, соціальна інтеграція, повернення до активності.
Суб'єкт надання допомоги	Лікар (вузька спеціалізація). Ієрархічна структура.	Мультидисциплінарна реабілітаційна команда (МДРК). Горизонтальна взаємодія.
Роль середовища	Ігнорується або вважається незмінним.	Вважається ключовим фактором (бар'єром або полегшувачем). Адаптація середовища.
Інструмент оцінки	Міжнародна класифікація хвороб (МКХ-10/11).	Міжнародна класифікація функціонування (МКФ) у поєднанні з МКХ.
Результат політики	Статус інвалідності та соціальні виплати.	Повернення до економічної та соціальної активності.

Джерело: розроблено автором на основі [89, 97].

Практична реалізація БПС-моделі в Україні розпочалася з імплементації Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (далі МКФ), схваленої ВООЗ у 2001 році та запровадженої в українське законодавче поле Законом України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [63].

МКФ стала «спільною мовою» для фахівців різних галузей. Відповідно до цієї класифікації, оцінка стану пацієнта та планування державної політики здійснюється через аналіз чотирьох основних доменів, які ми візуалізували на рисунку 2.2.

Деталізуємо складові цієї моделі у контексті завдань публічного управління сферою охорони здоров'я з огляду на:

1. Функції та структури організму пацієнта. Це медико-біологічний рівень де держава забезпечує доступність високотехнологічної медичної допомоги, хірургії, протезування.

2. Активність та участь пацієнта у процесі оздоровлення чи відновлення. Це соціально-поведінковий рівень, що забезпечує виконання завдання

(наприклад, здатність ходити) або ж залучення до життєвої ситуації (наприклад, здатність ходити на роботу). Саме відновлення «участі пацієнта/клієнта» є головним індикатором ефективності державної політики реабілітації [97].

3. Фактори середовища, що характеризують зовнішній вплив де держава повинна: створювати безбар'єрний простір, забезпечувати допоміжними засобами реабілітації, формувати толерантне ставлення суспільства.

4. Особистісні фактори такі як: вік, стать, освіта, мотивація, психологічний стан тощо.



Рис. 2.2. Зміст БПС-моделі за складовими елементами

Важливо підкреслити, що відповідно до рекомендацій ВООЗ [101, 103], медична реабілітація повинна бути інтегрована в загальну систему охорони здоров'я (Universal Health Coverage) разом із профілактикою та лікуванням.

Перехід до БПС-моделі вимагає від органів публічної влади (МОЗ, НСЗУ, Мінветеранів) кардинальної перебудови управлінських процесів. Аналіз стану реалізації державної політики дозволяє виокремити ключові функції, які наразі трансформуються, які ми систематизували Таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

**Напрями розвитку державної політики у сфері медичної реабілітації
в умовах впровадження БПС-моделі**

Напрямок управління	Зміст та поточний стан реалізації
Нормативно-правове регулювання	Розробка стандартів, що базуються на МКФ. Відхід від суто медичних протоколів до планів реабілітації. Легалізація нових професій (фізичний терапевт, ерготерапевт).
Кадрове забезпечення (Освітня функція)	Створення системи підготовки мультидисциплінарних команд. Перенавчання персоналу. Впровадження спеціальності «Фізична та реабілітаційна медицина» (ФРМ) замість застарілої фізіотерапії
Фінансово-економічне управління	Перехід від фінансування ліжка-місць до оплати за надану послугу (через НСЗУ). Забезпечення фінансування допоміжних засобів реабілітації на ранніх етапах.
Організаційна координація	Забезпечення маршрутизації пацієнта між етапами (гострий -> післягострий -> довготривалий). Подолання міжвідомчих бар'єрів між МОЗ та Мінсоцполітики.
Комунікаційна функція	Проведення інформаційних кампаній для зміни ставлення суспільства до осіб з інвалідністю. Промоція ментального здоров'я як складової реабілітації.
Науково-інноваційна функція	Підтримка досліджень ефективності реабілітаційних втручань. Впровадження доказової медицини (Evidence-based medicine) у реабілітацію.

Джерело: складено автором.

Попри наявність прогресивного законодавства, фактичний стан реалізації політики стикається з рядом суттєвих перешкод.

По-перше, *дефіцит кадрів*. БПС-модель вимагає роботи не одного лікаря, а цілої команди. В умовах війни потреба у фахівцях з реабілітації зросла в рази, і система освіти не встигає покривати цей дефіцит.

По-друге, *фрагментарність послуг*. Пацієнт часто «губиться» при переході з медичного закладу (сфера МОЗ) до соціального захисту (сфера Мінсоцполітики). Відсутність єдиного наскрізного маршруту знижує ефективність реабілітації.

По-третє, *складність обробки інформації*. Це підводить нас до найважливішого виклику сучасності. БПС-модель за своєю природою є інформаційно ємною. Для одного пацієнта необхідно врахувати сотні кодів МКФ

(функції, активність, бар'єри), відслідковувати динаміку змін, координувати роботу 5-7 фахівців різного профілю.

Тому для успішного впровадження БПС-моделі цифровізація є безальтернативною перспективою розвитку медичної реабілітації. Тобто, у контексті вищезазначеного, цифровізація перестає бути просто трендом, а стає критичною умовою функціонування БПС-моделі. Ручне ведення документації за стандартами МКФ є надзвичайно трудомістким і практично неможливим в умовах великого потоку пацієнтів, характерного для воєнного часу.

Аналіз процесів цифровізації дозволяє виділити такі критичні точки дотику ІТ-технологій та медичної реабілітації:

1. *Електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ)*. В Україні активно впроваджується eHealth, проте функціонал для реабілітації досі перебуває на етапі становлення. Необхідним є створення повноцінного *Електронного індивідуального реабілітаційного плану*, який був би доступний всім членам мультидисциплінарної команди в режимі реального часу.

2. *Використання МКФ у цифровому форматі*. Кодування станів здоров'я та обмежень життєдіяльності має відбуватися автоматизовано. Це дозволить накопичувати «великі дані» (Big Data) для аналізу ефективності державних програм.

3. *Телереабілітація*. Розвиток дистанційних методів консультування та контролю виконання вправ є перспективним напрямом, особливо для пацієнтів у віддалених громадах або з обмеженою мобільністю.

4. *Єдиний інформаційний простір*. Подолання інституційної розрізненості можливе лише через інтеграцію баз даних МОЗ, Мінсоцполітики, Пенсійного фонду та Мінветеранів. Це дозволить реалізувати принцип «гроші ходять за пацієнтом» та забезпечити безперервність послуг.

Варто зазначити, що цифровізація також сприяє прозорості та антикорупційній складовій публічного управління, дозволяючи контролювати використання бюджетних коштів та якість наданих послуг.

Проведений аналіз дозволяє зробити наступні висновки:

1. Державна політика України у сфері медичної реабілітації здійснила історичний розворот від біомедичної до біопсихосоціальної моделі. Цей перехід є незворотним і відповідає євроінтеграційному вектору розвитку держави.

2. В основі нової політики лежить Міжнародна класифікація функціонування (МКФ), яка розглядає людину комплексно: через призму її фізичних можливостей, активності, участі у житті суспільства та впливу навколишнього середовища.

3. Публічне управління трансформується від директивного керування закладами до координації процесів та створення умов для роботи мультидисциплінарних команд. Це вимагає нових підходів у нормативному, кадровому та фінансовому забезпеченні.

4. Критичним фактором успіху реформи є цифровізація. Складність БПС-моделі та величезні масиви даних роблять неможливим ефективне управління без сучасних інформаційних систем. Створення єдиного цифрового реабілітаційного простору є пріоритетним завданням, вирішення якого дозволить поєднати медичну допомогу з соціальною реінтеграцією та забезпечити якість життя пацієнтів.

Саме тому, подальші розділи роботи будуть присвячені розробці механізмів удосконалення управління реабілітацією з використанням кластерного підходу та цифрових платформ.

2.3 Міжнародні тенденції розвитку електронної медицини та їх вплив на державну політику медичної реабілітації в Україні

Стрімкий розвиток інформаційних технологій (ІТ) у ХХІ столітті спричинив фундаментальні зміни у всіх сферах людської діяльності, і сфера охорони здоров'я не стала винятком. Сьогодні у науковій та практичній площині дедалі частіше використовуються терміни «е-здоров'я» (eHealth), «е-медицина», «е-реабілітація» та «цифрове здоров'я». У зарубіжній фаховій літературі також

поширені такі поняття, як «мобільне здоров'я» (mHealth) та «цифрове здоров'я» (digital Health).

Згідно з положеннями Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ)[5-8] та сучасними науковими дослідженнями [81, 82, 90], цифрове здоров'я визначається як конвергенція між охороною здоров'я та новими цифровими технологіями, які забезпечують отримання, збір, обробку та обмін даними про здоров'я. Ця цифрова революція охоплює широкий спектр напрямів: від великих даних (Big Data) та переносних обчислювальних пристроїв до точної (персоналізованої) медицини та телездоров'я.

Важливо зазначити, що у міжнародній практиці поняття «цифрова охорона здоров'я» (digital healthcare) концептуально розділяється на три ключові сегменти, що корелюється з українським баченням електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) [19]:

- *технології для лікаря* – електронні медичні записи (EHR), професійні медичні веб-ресурси, переносні кардіомонітори медичного класу тощо;
- *технології для пацієнта/споживача* – пристрої для самоконтролю, пошукові системи, мобільні додатки.
- *комунікаційні технології* – телемедицина, портали пацієнтів, що забезпечують зв'язок «лікар-пацієнт».

Інтенсифікація розвитку інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ) у XXI столітті спричинила фундаментальні трансформації в усіх сферах суспільного життя, включно з галуззю охорони здоров'я. Сучасний науковий дискурс оперує широким спектром термінів, що описують ці процеси: «е-здоров'я» (eHealth), «е-медицина», «е-реабілітація», «цифрове здоров'я» (digital health) та «мобільне здоров'я» (mHealth).

Процеси впровадження ІТ-технологій у медицину та реабілітацію чітко регулюються на міжнародному рівні. Нормативні документи та стандарти ВООЗ і Європейського Союзу задають тон державним політикам країн-членів. За останнє десятиліття було розроблено численні політики, директиви та програми, спрямовані на цифровізацію систем охорони здоров'я. Ключову роль у

формуванні глобальної політики відіграють документи ВООЗ та Європейського Союзу (ЄС), які задають стандарти для національних законодавств. Аналіз нормативної бази дозволяє виокремити етапність становлення цифрової політики: від базових резолюцій про електронну охорону здоров'я до комплексних стратегій створення єдиного цифрового ринку та простору даних (табл. 2.6).

Таблиця 2.6.

Систематизація ключових міжнародних нормативно-правових документів у сфері цифрової охорони здоров'я (адаптовано автором)

Інституція, рік	Назва документа	Зміст та значення для державної політики
Стратегічне планування та рамкові програми		
ВООЗ, 2005	Резолюція WHA58.28 «Про електронну охорону здоров'я»[6]	Закладено фундамент для розвитку національних стратегій eHealth.
Європейська комісія, 2015	Стратегія Єдиного Цифрового Ринку для Європи [26]	Створення умов для вільного руху цифрових послуг, включаючи медичні.
ВООЗ, 2020	Глобальна стратегія в галузі цифрової охорони здоров'я на 2020–2025 рр. [98]	Визначення глобальних пріоритетів цифровізації.
ВООЗ, 2022	Регіональний план дій цифрової охорони здоров'я на 2023–2030 рр. [104]	Дорожня карта для Європейського регіону з фокусом на цифрову грамотність та пацієнтоцентричність.
Стандартизація та обмін даними		
ВООЗ, 2013	Резолюція WHA66.24 «Про стандартизацію та сумісність» [7]	Акцент на інтероперабельності систем.
Європейська комісія, 2019	Рекомендації щодо європейського формату обміну EHR [25]	Забезпечення транскордонного обміну медичними записами.
Європейська комісія, 2020	Європейський простір даних про здоров'я (EHDS) [21]	Створення безпечного середовища для вторинного використання даних (наука, інновації).
Захист даних та кібербезпека		
ЄП та Рада ЄС, 2016	Загальний Регламент Захисту Даних (GDPR) [29]	Встановлення жорстких вимог до обробки персональних даних пацієнтів.
ENISA, 2019	Регламент Європейського Парламенту і Ради (ЄС) 2019/881 (Акт про кібербезпеку)	Посилення ролі Агентства ЄС з питань мережевої та інформаційної безпеки ENISA у протидії кіберзагрозам
Розвиток компетентностей та інновацій		
Європейська комісія, 2022	DigComp 2.2 (Оновлена рамка цифрових компетентностей) [23]	Визначення навичок, необхідних громадянам для взаємодії з ІІІ та цифровими інструментами здоров'я.
Європейська комісія	Horizon 2020 [20]; Horizon Europe [24]	Масштабні програми фінансування досліджень та інновацій у сфері eHealth.

Джерело: складено автором

Однак, попри значну нормативну базу, Європейська комісія (далі ЄК) у своїх повідомленнях констатувала, що впровадження цифрових рішень у країнах-членах відбувалося повільно та фрагментарно. Основною перешкодою стала відсутність інтероперабельності систем, що унеможливило комплексний підхід до лікування та реабілітації.

У відповідь на ці виклики ЄК ініціювала низку масштабних програм з розвитку:

Інфраструктурних проєктів, а саме – розробка загальноєвропейських стандартів EHR [25] та створення Європейського простору даних про здоров'я (EHDS) [21] для сприяння дослідженням та персоналізованій медицині.

Фінансових інструментів – програма Horizon 2020 (бюджет 80 млрд євро) профінансувала понад 1100 проєктів, спрямованих на інновації в охороні здоров'я [20]. Її наступниця, Horizon Europe (бюджет 100 млрд євро на 2021–2027 рр.), фокусується на штучному інтелекті, суперкомп'ютерах та кібербезпеці [24].

Регуляторних механізмів – імплементація GDPR [29] та Закону про кібербезпеку гарантує громадянам контроль над власними даними, що є критично важливим для довіри до цифрової медицини.

Особливу увагу слід приділити «Регіональному плану дій у сфері цифрової охорони здоров'я для Європейського регіону ВООЗ на 2023–2030 рр.» [104], співавтором якого є Україна. Документ базується на принципах пацієнтоцентричності та прийняття рішень на основі даних. План визначає чотири стратегічні пріоритети:

- ✓ Встановлення норм та технічних рекомендацій.
- ✓ Підвищення цифрової грамотності медиків та населення.
- ✓ Створення мереж для обміну знаннями та інноваціями.
- ✓ Аналіз та масштабування пацієнтоорієнтованих рішень.

Врахування європейських директив та стандартів ВООЗ є визначальним для формування державної політики України. Фахівці МОЗ України, спираючись на кращі світові практики, окреслили дорожню карту цифровізації, яка передбачає:

- оновлення застарілої нормативної бази, що гальмує інновації, та формування відповідного бюджету;
- побудову гнучкої Цифрової платформи охорони здоров'я (ЦПОЗ), яка інтегрує інтереси всіх стейкхолдерів (держави, бізнесу, пацієнтів) та взаємодіє з реєстрами через систему «Трембіта»;
- впровадження повного електронного документообігу, систем підтримки клінічних рішень та електронних асистентів лікаря для мінімізації помилок;
- використання національних ідентифікаторів (id.gov.ua) та розвиток платформи «Дія» як інтерфейсу для громадян;
- делегування контролю за даними пацієнту, адже можливість шерингу даних про спосіб життя зі страховими компаніями може стати драйвером розвитку ринку страхування.

Реалізація цих кроків дозволить НСЗУ отримувати верифіковані дані для управління фінансами, а пацієнтам – прозоро обирати надавачів послуг.

Вивчення досвіду провідних країн (США, Велика Британія, Канада, Ізраїль, Німеччина) демонструє різні моделі інтеграції цифрових технологій у систему реабілітації.

Так, в США – модель децентралізована, фінансується через страхові та державні програми (Medicare). Характеризується високим рівнем технологізації: широке застосування телемедицини, VR та AR для нейрореабілітації. Закон НІТЕСН став каталізатором повсюдного впровадження електронних медичних записів (EMR).

Велика Британія має централізовану систему NHS, що забезпечує інтеграцію лікарень та соціальних служб. Програма NHS Digital стимулює використання мобільних додатків та телемедицини, а імерсивні технології віртуальної реальності VR застосовується для фізичної терапії.

У Канаді функціонує публічно фінансована система з делегуванням повноважень провінціям. Ключова особливість цієї системи – це розвиток

телемедицини (напр., Telehealth Ontario) для подолання географічних бар'єрів у доступі до реабілітації.

В Ізраїлі система універсального страхування поєднується з потужним інноваційним сектором. Держава активно впроваджує екзоскелети та платформи дистанційної діагностики (TytoCare) у реабілітаційні програми.

Страхова модель з сильним акцентом на захист даних діє у Німеччині. Пенсійний фонд (DRV) фінансує реабілітацію працюючих для збереження трудового потенціалу. Ініціатива Digital Healthcare Act сприяє цифровізації при суворому дотриманні конфіденційності.

В умовах війни для України критично важливим є досвід реабілітації ветеранів. Так Департамент у справах ветеранів США (VA) керує мережею центрів політравми, а Програма VR&E сприяє реінтеграції через навчання. Центр DMRC Stanford Hall Великої Британії де вагому роль відіграють благодійні фонди (Help for Heroes) забезпечує комплексне відновлення ветеранів. У Канаді Veterans Affairs Canada (VAC) та мережа клінік OSI фокусуються на лікуванні ПТСР та операційних стресових травм. В Ізраїлі широко застосовуються інновації для відновлення функціональності бійців, а Департамент реабілітації Міноборони та Центр Левінштейн спеціалізуються на важких травмах. Військова медицина Німеччини (Bundeswehr Joint Medical Service) надає допомогу військовим, у тому числі українським. Також у цій країні діє мережа центрів для лікування психотравм.

Нижче наведено компаративний аналіз досвіду провідних країн, який охоплює загальну організацію системи, цифрові інструменти та специфіку реабілітації, в тому числі військової (табл. 2.7).

Як видно з таблиці 2.7, попри відмінності у моделях фінансування, спільним трендом для всіх провідних країн є перехід до пацієнтоцентричної цифрової екосистеми. Для України особливо актуальним є досвід Ізраїлю та США у сфері військової реабілітації, а також досвід Канади щодо забезпечення доступності послуг через телемедичні інструменти.

Таблиця 2.7.

Компаративний аналіз міжнародного досвіду впровадження цифрових технологій у систему медичної реабілітації

Країна	Особливості організації системи та фінансування	Інструменти цифрової реабілітації та інновації	Специфічні підходи до реабілітації військовослужбовців та ветеранів	Практична цінність для України
США	Децентралізована модель. Поєднання приватного страхування та державних програм (Medicare/Medicaid). Висока автономія штатів.	Високотехнологічна медицина. Масштабне впровадження електронних записів (EMR) завдяки закону HITECH. Активне використання VR/AR для нейрореабілітації та телемедицини.	Система VA (Dept of Veterans Affairs). Мережа центрів політравми. Програма VR&E для повернення до цивільного життя. Телереабілітація для ветеранів у віддалених районах.	Механізми інтеграції приватних інновацій у державний сектор; протоколи лікування політравм.
Велика Британія	Централізована модель (NHS). Фінансування з податків, безоплатність послуг. Інтеграція медичної та соц- допомоги.	NHS Digital. Розвиток національних баз даних, мобільних додатків для самоконтролю пацієнтів (mHealth) та телемедичних консультацій.	Спеціалізовані центри (DMRC Stanford Hall). Комплексне відновлення (фізичне + ментальне). Тісна співпраця з благодійним сектором (Help for Heroes).	Побудова єдиного цифрового простору та взаємодія державних структур з ГО.
Канада	Регіональна модель. Публічне фінансування, але управління делеговано провінціям. Акцент на рівності доступу.	Телемедицина (Telehealth). Подолання географічних бар'єрів для забезпечення доступу до реабілітації у сільській місцевості.	Veterans Affairs Canada (VAC). Мережа клінік OSI для лікування операційних стресових травм та ПТСР. Програми соціальної адаптації (JPSU).	Розбудова телемедичних мереж для покриття деокупованих та віддалених громад; фокус на психічному здоров'ї.
Ізраїль	Страхова інноваційна модель. Обов'язкове страхування. Висока концентрація стартапів у медицині.	R&D та робототехніка. Масове використання екзоскелетів, платформ для дистанційної діагностики (TytoCare), штучного інтелекту для прогнозування.	Синергія МОЗ та Міноборони. Департамент реабілітації МО опікується повним циклом відновлення. Спеціалізовані центри (напр., «Бет-Левінштейн») для важких травм.	Ефективна взаємодія відомств (оборони та охорони здоров'я); впровадження новітніх технологій протезування.
Німеччина	Соціально-страхова модель. Тісний зв'язок реабілітації з пенсійним страхуванням (DRV) для збереження працездатності.	Захист даних та стандартизація. Ініціатива Digital Healthcare Act. Суворе дотримання GDPR при обробці чутливих медичних даних.	Військова медицина (Bundeswehr). Мережа шпиталів із центрами лікування психотравм. Програми професійної перепідготовки військових.	Нормативне регулювання кібербезпеки медичних даних; реабілітація як інструмент повернення людини на ринок праці.

Джерело: розроблено автором на основі [10, 12, 81, 83,]

Загалом, проведений аналіз дозволяє стверджувати, що інтеграція цифрових технологій у сферу медичної реабілітації є глобальним трендом, який підвищує доступність та якість послуг.

З урахуванням міжнародного досвіду, для модернізації державної політики України у сфері медичної реабілітації наразі доцільно здійснити наступні заходи:

1. Імплементувати універсальні стандарти електронних медичних записів, забезпечуючи сумісність з європейським простором даних (досвід ЄС).
2. Масштабувати телемедичні мережі для забезпечення доступу до послуг у віддалених та постраждалих регіонах (досвід Канади та США).
3. Забезпечити найвищий рівень кіберзахисту та конфіденційності медичних даних (досвід Німеччини).
4. Стимулювати інноваційний розвиток (e-реабілітація, VR/AR, екзоскелети) через механізми державно-приватного партнерства (досвід Ізраїлю).
5. Поглиблювати співпрацю з міжнародними інституціями для трансферу знань та технологій у сфері реабілітації військовослужбовців.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА ЗАСАДАХ ЦИФРОВІЗАЦІЇ

3.1 Формування державної політики медичної реабілітації на основі методології управління проєктами й аналізу великих даних (BigData)

Сучасна парадигма державного управління у сфері охорони здоров'я вимагає відходу від традиційних бюрократичних процесів на користь гнучких, результато-орієнтованих підходів. В умовах обмежених ресурсів та зростаючої потреби у реабілітаційних послугах, формування державної політики має базуватися на інтеграції проєктного менеджменту (Project Management) та аналітики Великих даних (Big Data).

Отже, трансформація системи охорони здоров'я України, особливо в частині медичної реабілітації, вимагає застосування управлінських підходів, здатних забезпечити швидкість, гнучкість та результативність в умовах невизначеності. Методологічним підґрунтям таких змін виступає проєктний підхід, що виник в рамках так званої « нової школи управління », яка була започаткована при розробці завдань управління складними військовими та промисловими програмами, і згодом оформився як самодостатній феномен у рамках ситуаційної теорії організації. Його ключове призначення – дати відповідь на питання: « Які дії необхідні для досягнення майбутнього бажаного кінцевого комплексного стану? ». Ми погоджуємося з думкою І.В. Шпекторенко, що для розв'язання завдань управління складними системами, якою безперечно є національна система реабілітації, проєктний підхід в тій чи іншій мірі треба застосовувати постійно [40].

Актуальність даного підходу до публічного управління обумовлена тим, що в сучасному світі, а особливо в умовах воєнного стану, критичного значення набуває швидкість реалізації ініціатив. Щоб ефективно реагувати на виклики

(зростання кількості осіб з інвалідністю, бойові травми), державі постійно необхідні інноваційні розробки в обмежені терміни [38].

Створення високоефективного механізму управління розвитком, заснованого на загальнодержавному плануванні із застосуванням проєктного підходу, було ключовим інструментом модернізації низки країн у ХХ ст. Впровадження національних проєктів покликане стимулювати створення асоціацій за участю держави, бізнесу та громадськості, сприяти відбору кваліфікованих кадрів, забезпечувати прозорість планів та скорочувати базу корупції.

В умовах формування нової політики реабілітації, проєктне управління стає, за висновком К.М. Майстренко, актуальною технологією, що забезпечує ефективне вирішення завдань в обмежені терміни з мінімальними витратами [38]. Перевагою проєктного підходу в системі публічного управління є його інтегрованість, що передбачає узгодженість цілей (національних, секторальних, регіональних) та побудову логічних структур проєктів. Серед інших переваг І.В. Шпекторенко виділяє велику гнучкість, скорочення рівнів управління, чіткість персональної відповідальності та зміну мотивацій [40].

Порівняння традиційного та проєктного підходів при формуванні державної політики (зокрема й у сфері реабілітації) наведено у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Порівняльна характеристика традиційного та проєктного підходів при формуванні державної політики

Критерії	Традиційний підхід	Проєктний підхід
<i>Орієнтація на зміни</i>	звичайний хід дій	визначена конкретна ціль, наявність інноваційного підходу
<i>Гнучкість діяльності</i>	статичність	динамічність
<i>Строки виконання</i>	відсутність строків	чітко визначені
<i>Ступінь надійності</i>	відносна надійність	передбачена надійність, аналіз потенційних ризиків
<i>Різноманітність</i>	низький рівень	високий рівень
<i>Визначення зобов'язань</i>	зобов'язання визначені структурою	розподіл обов'язків відповідно до концепції проєкту
<i>Характер дій</i>	постійний, циклічний	унікальність

Джерело: складено автором за даними [70]

Для систематизації ініціатив у сфері реабілітації доцільно використати класифікацію проєктів, наведену в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Класифікація проєктів за різними ознаками

Класифікаційні ознаки проєкту	Вид проєкту
<i>За характером змін</i>	Оперативні, Стратегічні
<i>За масштабом (розміром)</i>	Малі, Середні, Великі
<i>За тривалістю (строками реалізації)</i>	Короткострокові, Середньострокові, Довгострокові
<i>За галузевою приналежністю</i>	Промислові, Будівельні, Транспортні, Освітні, У сфері торгівлі, Комплексні
<i>За специфікою кінцевого продукту</i>	Економічні, Організаційні, Технічні, Соціальні, Змішані
<i>За функціональним спрямуванням</i>	Виробничі, Технологічні, Фінансові, Дослідження і розвитку, Маркетингові, З управління персоналу, Комбіновані
<i>За характером залучених сторін</i>	Міжнародні, Національні, Територіальні, Місцеві
<i>За ступенем складності</i>	Прості, Складні, Дуже складні (комплексні)
<i>За складом і структурою залучених організацій</i>	Однофункціональні, Багатофункціональні
<i>За вимогами до якості проєкту</i>	Стандартні, З надзвичайними вимогами

Джерело: складено автором за даними [38, 70, 79]

У публічній сфері Г.В. Старченко виділяє програмні, дослідницькі проєкти та проєкти технічної допомоги [70, с. 87]. В умовах децентралізації особливого значення набувають проєкти місцевого розвитку на що звертає увагу С.Чернов [15] та представляє їх як:

- *парасолькові проєкти*, що передбачають поширення єдиної ідеї (наприклад, корпоративна соціальна відповідальність бізнесу у громаді);
- *касетні проєкти* для тиражування успішних практик. У контексті реабілітації це може бути масштабування моделі ефективного реабілітаційного центру з однієї громади на інші;
- *інституційні проєкти*: створення спільних органів управління, що є критично важливим для кластерного підходу.

Вкрай важливо розрізняти ієрархію понять «проект», «програма» та «портфель», оскільки державна політика реабілітації має формуватися саме як портфель стратегічних ініціатив (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Основні характеристики проекту, програми і портфелю

Критерій	Проект	Програма	Портфель
Ціль	Проект повинен виробити готовий до постачання продукт	Програма повинна досягти стратегічних змін	Портфель повинен координувати, оптимізувати і коригувати стратегію
Бачення і стратегія	взаємопов'язані через робочу оболонку проекту	реалізуються програмою	регулюються стратегією і знаходяться під її моніторингом
Комерційна вигода	майже абсолютно виключена з проекту	майже повністю включена в програму	майже абсолютно виключена з портфеля
Організаційні зміни	часто виключені з проекту	зазвичай включені в програму	виключені з портфеля
Час, витрати	визначені в бізнес-плані й реалізовані в проекті	орієнтовно окреслені в стратегії; розбиті на окремі проекти	засновані на пріоритетах і стратегічних цілях портфеля

Джерело: [38]

Таким чином, проект – це структурно-функціональна одиниця програми, яка є образом рушійної сили у вимірі досягнення стратегічних змін.

Інтегруючи ці знання з завданнями реформування системи реабілітації, ми можемо виділити два рівні управління: стратегічний та програмно-проектний.

Стратегічний рівень базується на реабілітаційній стратегії цифрової охорони здоров'я [48, 74] та Національній стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні до 2030 року [42, 54]. Ключовими завданнями тут є забезпечення скоординованості послуг, впровадження міжнародних стандартів (МКФ), створення умов для якісного забезпечення (кадрового, матеріального) та інтеграція політики охорони здоров'я з політикою безбар'єрності.

Програмно-проектний рівень передбачає реалізацію конкретних ініціатив. Яскравим прикладом застосування проектного підходу з використанням цифрових технологій є діяльність Ресурсного Центру «Медичні кластери»

Українського кластерного альянсу (УКА), який з 2023 року представив низку проєктів:

1. *Створення інноваційної реабілітаційної платформи (Big Data & E-Health)*. Метою є створення інтернет-платформи «РЕАБІЛІТАЦІЯ» для об'єднання пацієнтів та надавачів послуг, оперативного обміну даними та контролю індивідуальних планів реабілітації. Це класичний приклад цифровізації процесів [72].

2. *Створення мережі центрів підготовки реабілітологів*. Проєкт спрямований на вирішення кадрової проблеми шляхом підготовки мультидисциплінарних команд за європейськими стандартами [73].

3. *Проєкт Re 5 HUB (мережа центрів розширеної реабілітації)*. Передбачає створення єдиної автоматизованої мережі регіональних центрів, єдиного реєстру постраждалих та впровадження механізмів лізингу та аутсорсингу [65].

4. *Створення інноваційних реабілітаційних центрів*. Оснащення 6 регіональних центрів та розробка маркетингової стратегії [71].

5. *Проєкт соціально-психологічної реабілітації*. Масштабування існуючих закладів для потреб постраждалих від агресії [68].

Зазначені ініціативи демонструють, що ефективна державна політика формується на перетині проєктного менеджменту та сучасних технологій роботи з даними. Ідея створення національної мережі реабілітаційних кластерів, інтегрована з проєктами медичної платформи УКА, є логічним продовженням цього підходу. Це створює передумови для переходу до наступного етапу — розбудови інституційної спроможності через кластерну взаємодію, що буде розглянуто у підрозділі 3.2.

Застосування проєктного підходу дозволяє розглядати процес реалізації державної політики не як рутинну діяльність, а як портфель взаємопов'язаних проєктів та програм. Це забезпечує:

- управління ризиками, адже проактивне виявлення потенційних загроз (дефіцит кадрів, недофінансування) на етапі планування;

- чіткість цілей (SMART-критерії) коли кожна ініціатива (наприклад, створення мережі реабілітаційних центрів) має конкретні часові рамки, бюджет та вимірювані показники ефективності (KPI);

- гнучкість та можливість адаптувати політику в режимі реального часу залежно від зміни зовнішніх умов (наприклад, зміна характеру бойових травм).

Впровадження методології управління проєктами неможливе без надійної інформаційної бази. Використання технологій Великих даних (Big Data) трансформує процес прийняття управлінських рішень з реактивного на предиктивний.

Джерелами Великих даних для формування політики медичної реабілітації наразі виступають:

1. Електронна система охорони здоров'я (E-Health), а саме: електронні медичні записи (EHR), історія призначень та результати лікування.

2. Демографічні та соціальні реєстри: дані про структуру населення, інвалідність, соціальні виплати.

3. Інтернет речей (IoT) та індивідуальні переносії електронні пристрої (Wearables) дані з яких дозволяють моніторити процес відновлення пацієнтів дистанційно.

Пропонована модель інтеграції проєктного менеджменту та Великих даних для формування державної політики з медичної реабілітації передбачає наступний алгоритм:

1. Ініціація (Data Mining) коли алгоритми обробки даних виявляють приховані закономірності (патерни). Наприклад, кореляцію між терміном початку реабілітації та відсотком повернення до праці. Це формує обґрунтування для старту конкретного проєкту.

2. Планування (Predictive Analytics) де на основі прогнозних моделей розраховується необхідна кількість ліжок-місць, фахівців та обладнання в розрізі регіонів на 3-5 років.

3. Реалізація та моніторинг (Real-time tracking) через використання дашбордів для відстеження KPI проєктів у реальному часі. Якщо дані показують

відхилення (наприклад, низьке завантаження центру), управлінський вплив здійснюється миттєво.

4. Завершення та аналіз (Machine Learning) передбачає, що система навчається на результатах завершених проєктів, підвищуючи точність планування майбутніх інтервенцій.

Використання Big Data дозволяє перейти від фінансування «ліжка-місце» до фінансування «результату», оскільки стає можливим об'єктивно оцінити ефективність реабілітації для кожного конкретного випадку.

Таким чином, синергія проєктного менеджменту та аналітики даних створює «цифровий каркас» державної політики, забезпечуючи її прозорість, обґрунтованість та економічну ефективність.

Однак, наявність досконалої методології управління та аналітичних інструментів є необхідною, але недостатньою умовою успіху. «Цифровий каркас» потребує фізичного наповнення – реальних інституцій, які здатні надавати послуги нової якості.

Аналіз даних часто вказує на те, що держава самотужки не здатна покрити весь спектр потреб у високотехнологічній реабілітації через обмеженість капітальних інвестицій та брак вузькопрофільних експертів. Це актуалізує потребу в залученні ресурсів приватного сектору та наукового потенціалу.

Саме тому логічним продовженням впровадження проєктного підходу є розбудова інфраструктури через механізми, що об'єднують зусилля всіх стейкхолдерів через кластери та застосування публічно-приватного партнерства.

3.2 Розвиток інституційної спроможності реалізації державної політики медичної реабілітації через кластерний підхід та публічно-приватне партнерство

Ефективна імплементація державної політики, сформованої на основі Big Data, неможлива без відповідної інституційної спроможності системи охорони здоров'я. В умовах дефіциту бюджетних коштів та необхідності швидкої

модернізації реабілітаційної інфраструктури, традиційна модель виключно державного фінансування та управління демонструє свою обмеженість. Вирішенням цього протиріччя є застосування кластерного підходу та механізмів публічно-приватного партнерства (ППП).

Забезпечення дієвості державної політики у сфері охорони здоров'я вимагає наявності відповідної інституційної спроможності — здатності системи ефективно використовувати ресурси для досягнення соціально значущих цілей. Враховуючи кризовий стан, зумовлений війною, та зростаючу потребу у відновленні людського капіталу, традиційні адміністративні методи управління демонструють обмежену ефективність. Тому нами було поставлено завдання виявити шляхи підвищення ефективності діяльності з медичної реабілітації через впровадження сучасних організаційно-економічних моделей, зокрема кластерного підходу та публічно-приватного партнерства.

Потенційні зміни у сфері медичної реабілітації повинні бути гармонійно імplementовані у вже існуючий процес інфраструктурної трансформації. Наразі в Україні відбувається реформування системи на основі Постанови Кабінету Міністрів України № 174 «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я» від 28.01.2023 р. [13]. Ця реформа передбачає створення госпітальних округів та формування спроможних мереж закладів, де реабілітація визначена як обов'язкова послуга для кластерних та надкластерних закладів.

Згідно з нормативною базою [13, 45, 50, 52], інституційна архітектура спроможної мережі виглядає наступним чином:

- Госпітальний округ – територія (зазвичай область), у межах якої забезпечується комплексна медична та реабілітаційна допомога.
- Надкластерний заклад – багатопрофільна лікарня для лікування найскладніших випадків у межах всього округу.
- Кластерний заклад – лікарня, що забезпечує потребу в лікуванні найбільш поширених захворювань у межах госпітального кластера (району).
- Загальний заклад – лікарня для надання базової допомоги громаді та маршрутизації пацієнтів.

Сучасна адміністративно-територіальна організація системи, що формує каркас інституційної спроможності, наведена у таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

Адміністративно-територіальна організація спроможної мережі закладів охорони здоров'я України станом на 2023 рік

Рівень управління та території	Інституційна одиниця спроможної мережі	Функціональне навантаження в реабілітації
<i>Регіональний рівень (Область, АРК, міста зі спец. статусом)</i>	<i>Госпітальний округ (Надкластерний заклад)</i>	Надання високоспеціалізованої реабілітаційної допомоги при складних травмах та патологіях. Методичний центр округу.
<i>Субрегіональний рівень (Район в області)</i>	<i>Госпітальний кластер (Кластерний заклад)</i>	Забезпечення реабілітації при найбільш поширених станах (інсульти, травми). Базовий рівень стаціонарної реабілітації.
<i>Базовий рівень (Територіальна громада)</i>	<i>Загальний заклад; Надавачі ПМД; Центр екстреної допомоги</i>	Амбулаторна реабілітація, скринінг, маршрутизація пацієнтів, послуги в громаді.

Джерело: розроблено автором на основі [13; 35, 43]

Станом на липень 2023 року погоджено спроможну мережу у 18 госпітальних округах, до якої увійшли 542 заклади спеціалізованої допомоги [39, 49]. Однак, провівши аналіз новоствореної структури, ми дійшли висновку про наявність суттєвої методологічної розбіжності.

Нинішній підхід є адміністративно-територіальним: він розподіляє заклади за географією та рівнями складності. Проте він не враховує головну ознаку справжнього кластера – міжгалузеву взаємодію. Як зазначають науковці, відповідно до теорії М. Портера, кластер – це не просто група лікарень, а екосистема, де взаємодіють постачальники, виробники (бізнес), споживачі (пацієнти/держава) та наукові інститути для створення доданої вартості [80, с. 181-182].

Саме класичний економічний кластер є фундаментом для розвитку публічно-приватного партнерства (ППП), оскільки він створює поле спільних інтересів для держави та приватного капіталу. Як зазначають В.В. Паненко та О.Т. Поліщук, такий підхід стимулює інвестиційні процеси та створює

синергетичний ефект, який неможливий у межах жорсткої вертикальної ієрархії [46, с. 65-66].

Для чіткого розмежування адміністративного об'єднання та інноваційного кластера, що пропонується створити, наведемо порівняльну характеристику (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

Порівняльна характеристика інноваційного кластера та традиційних виробничих об'єднань (ТБК, НВО)

Критерій відмінності	Інноваційний Кластер (Модель ППП)	Традиційне об'єднання (Адміністративна модель)
Механізм створення	Модернізація існуючих зв'язків, добровільна кооперація бізнесу та науки. Знизу-вгору.	Директивна інституціоналізація, створення "з нуля" або адміністративне підпорядкування. Зверху-вниз.
Тип продукту/послуги	Гнучкий спектр послуг, що адаптується під попит (інноваційні методики реабілітації).	Масове надання стандартизованих послуг за затвердженим планом.
Структура управління	Мережева, горизонтальна. Тип "ядро – партнери". Основа для партнерства.	Ієрархічна, вертикальна. Тип "центр – підлеглий".
Характер взаємозв'язків	Взаємозв'язки базуються на конкуренції та кооперації. Не обов'язкові, але вигідні.	Жорсткий технологічний або адміністративний зв'язок. Обов'язкова вертикальна інтеграція.
Роль приватного сектору	Ключовий драйвер інвестицій та технологій.	Підрядник або відсутній.

Джерело: адаптовано автором на основі [67]

Світовий досвід свідчить, що найефективніші кластери розвиваються на регіональному рівні (Австрія, Німеччина, Італія, США) та мають чітку галузеву спеціалізацію (біотехнології, медицина, туризм) [32].

В Україні вже існує успішний приклад системного впровадження цього підходу — діяльність Українського кластерного альянсу (УКА). Це об'єднання 48 кластерів, яке виникло як реакція на виклики часу, інтегруючи промислові, цифрові та наукові потужності. У 2022 році в рамках УКА було створено ресурсний пул Медичних кластерів, що доводить життєздатність такої моделі навіть в умовах війни [33].

Спираючись на ці передумови, ми пропонуємо модель розвитку інституційної спроможності через створення Реабілітаційних Кластерів у межах кожного госпітального округу.

Реабілітаційний кластер – це інноваційна екосистема в межах госпітального округу, що об'єднує заклади охорони здоров'я (державні та комунальні), приватних надавачів послуг, виробників асистивних технологій, науково-освітні установи та громадські організації, які взаємодіють на засадах партнерства для забезпечення повного циклу відновлення людини.

Така структура дозволяє реалізувати механізми публічно-приватного партнерства, де держава гарантує замовлення послуг (через НСЗУ), а приватний сектор інвестує в технології та інфраструктуру.

Стратегічні цілі Реабілітаційного кластера мають бути наступними:

1. *Кадрова компонента.* Інтеграція медичних університетів у кластер дозволяє готувати мультидисциплінарні команди безпосередньо в клінічних умовах («навчання дією»).

2. *Інфраструктурна спроможність.* Розвантаження державних лікарень шляхом залучення приватних центрів для надання послуг довготривалої реабілітації на умовах аутсорсингу або державно-приватного партнерства.

3. *Технологічний суверенітет.* Організація науково-виробничої діяльності для створення вітчизняних протезів, ортезів та програмного забезпечення для реабілітації.

Основні завдання кластера для підвищення інституційної спроможності у сфері медичної реабілітації наступні:

- Інтенсифікація підготовки фахівців для пропорційного покриття потреб регіону.
- Створення єдиного маршруту пацієнта між державними та приватними закладами.
- Забезпечення доступності допоміжних засобів реабілітації через локалізацію виробництва.
- Впровадження нових технологій (R&D) у практичну діяльність [67].

Впровадження моделі реабілітаційних кластерів не лише розширює пул Медичних кластерів УКА, але й безпосередньо реалізує завдання Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні до 2030 року. Це дозволяє перейти від філософії «соціального захисту» до філософії «створення можливостей» [42].

Таким чином, запропонований підхід трансформує адміністративну реформу (створення госпітальних округів) у дієвий механізм розвитку. Реабілітаційний кластер стає точкою входу для інвестицій, інновацій та експертизи, забезпечуючи стійкість системи охорони здоров'я та якісне відновлення людського капіталу України.

Загалом, кластеризація – це ефективний інструмент інтеграції ресурсів задля досягнення поставлених цілей. Тому медико-реабілітаційний кластер слід розглядати не просто як географічне скупчення медичних закладів, а як інноваційну екосистему, що об'єднує ключових стейкхолдерів для досягнення синергетичного ефекту.

Розвиток інституційної спроможності через кластерний підхід доцільно реалізовувати за моделлю «Потрійної спіралі» (Triple Helix), яка передбачає взаємодію трьох секторів:

1. *Держава та комунальний сектор (Лікування)* – це базові багатопрофільні лікарні та реабілітаційні центри, які забезпечують потік пацієнтів та клінічну базу. Їхня роль – гарантування доступності та дотримання стандартів надання допомоги.

2. *Наука та освіта (Кадри та Інновації)*, де медичні університети та НДІ, інтегровані в кластер, що вирішує критичну проблему дефіциту мультидисциплінарних реабілітаційних команд, забезпечуючи підготовку фахівців (ерготерапевтів, фізичних терапевтів) безпосередньо «біля ліжка хворого» та впровадження наукових розробок у практику.

3. *Бізнес (Технології)*, зокрема виробники протезів, ортезів, асистивних технологій та розробники ІТ-рішень, де в межах кластера бізнес отримує прямиий

доступ до споживача та зворотний зв'язок від лікарів, що прискорює R&D процеси.

Кластерний підхід дозволяє створити «замкнений цикл» реабілітації – від гострого періоду в лікарні до протезування, соціальної адаптації та повернення до економічної активності в межах однієї організаційної структури.

При цьому якщо кластер створює організаційну рамку, то публічно-приватне партнерство (далі ППП) виступає фінансово-правовим інструментом розбудови матеріально-технічної бази. В контексті медичної реабілітації ППП дозволяє трансформувати роль держави з «власника активів» на «замовника якісних послуг».

Для підвищення інституційної спроможності кластерів пропонується використання таких моделей ППП:

- *Модель інфраструктурного сервісу (Infrastructure Services Only)* де приватний партнер здійснює реконструкцію старих корпусів лікарень, оснащує їх сучасним реабілітаційним обладнанням (роботизовані комплекси, басейни) та відповідає за їх технічне обслуговування. Держава ж, через НСЗУ, оплачує медичну послугу, використовуючи цю інфраструктуру.

- *Управлінська концесія*, яка передача збиткових державних реабілітаційних центрів в управління приватним операторам із зобов'язанням збереження профілю та виконання соціальних нормативів.

Зазначимо, що основні переваги ППП для державної політики, на наш погляд, полягають в наступному:

1. Держава знімає з себе ризики будівництва та технологічного застарівання обладнання.

2. Приватний партнер, зацікавлений у швидкому поверненні інвестицій, здатен запустити об'єкт значно швидше, ніж це відбувається через традиційні бюджетні закупівлі.

3. Конкуренція за пацієнта (гроші йдуть за пацієнтом) стимулює приватного партнера надавати сервіс вищого рівня, що підтягує загальні стандарти в галузі.

Важливо зазначити, що успіх кластерів та ППП безпосередньо залежить від впровадження інструментів Big Data, описаних у попередньому підрозділі. Інвестор потребує прозорих даних для розрахунку фінансових моделей (кількість пацієнтів, нозології, тарифи), а держава потребує інструментів контролю за якістю послуг приватного партнера. Таким чином, цифровізація є фундаментом довіри між публічним та приватним секторами.

Таким чином, підсумовуючи вище викладене у цьому розділі узагальнимо, що формування державної політики медичної реабілітації має базуватися на тріаді: «Проектний менеджмент + Big Data + Інституційна кооперація (Кластери/ППП)». Такий підхід дозволить перейти від фрагментарних заходів до побудови стійкої, пацієнтоцентричної системи, здатної ефективно реагувати на сучасні виклики та забезпечувати високу якість життя громадян.

ВИСНОВКИ

За результатами магістерського дослідження відповідно до мети та поставлених завдань зроблено наступні висновки:

1. Розкрито сутність державної політики у сфері медичної реабілітації, що полягає у фундаментальній зміні парадигми: від пасивного медичного втручання до комплексного відновлення функціональності та соціальної суб'єктності особистості на засадах Міжнародної класифікації функціонування (МКФ). Обґрунтовано, що державна політика у сфері медичної реабілітації є стратегічним пріоритетом публічного управління, спрямованим на збереження людського капіталу в умовах сучасних безпекових викликів. Означено, що як об'єкт системи публічного управління, ця сфера характеризується складною багаторівневою архітектурою, що інтегрує нормативні, фінансові та цифрові механізми взаємодії держави, бізнесу й громадянського суспільства. Змістовне наповнення політики передбачає відхід від бюрократичних процедур до принципів «доброго врядування» («Good Governance»), де ключовими інструментами стають стратегічне планування, прозорість фінансування («гроші йдуть за пацієнтом») та цифровізація. Ефективна реалізація такої політики є запорукою успішної реінтеграції громадян та соціально-економічної стабільності держави у повоєнний період.

2. Проведений ретроспективний та нормативно-правовий аналіз свідчить про докорінну трансформацію державної політики у сфері медичної реабілітації: від архаїчної моделі ізоляції та пасивного соціального захисту до людиноцентричної біопсихосоціальної системи. Встановлено, що еволюція галузі в Україні відбувалася через сім змістовних етапів, кульмінацією яких стала імплементація міжнародних стандартів (МКФ) та зміна принципів фінансування через НСЗУ. Визначальною рисою сучасного етапу є перехід від адміністративного регулювання до інструментів електронного врядування. В умовах воєнного стану саме цифровізація (eHealth, телереабілітація, електронні маршрути пацієнта) виступає ключовим механізмом забезпечення доступності

та прозорості послуг. Відтак, поточна державна політика формує нову екосистему, де інституційна спроможність базується на технологічних інноваціях, що дозволяє ефективно відновлювати людський капітал та реалізувати стратегію безбар'єрності.

3. Означено концептуальні підходи трансформації медичної реабілітації в контексті розвитку електронного врядування та електронної охорони здоров'я на основі яких визначено, що цифрова трансформація медичної реабілітації є не допоміжним, а фундаментальним вектором розвитку державної політики, що забезпечує резильєнтність системи в умовах війни. Концептуальні підходи до модернізації галузі базуються на переході від бюрократичного адміністрування до екосистемного управління через дворівневу архітектуру ЕСОЗ. Визначено, що ключовим механізмом інтеграції інновацій (телемедицина, VR/AR, робототехніка) є формування організаційно-управлінських кластерів, які забезпечують безперервний цикл «розробка – узаконення – впровадження». Однак ефективність електронного врядування нині стримується недостатнім рівнем цифрової компетентності кадрів та кіберзагрозами. Відтак, пріоритетами державної політики стають впровадження архітектури безпеки «Zero Trust», розвиток системи безперервного професійного розвитку та нормативне врегулювання використання штучного інтелекту. Це дозволить трансформувати систему з процесно-орієнтованої на результативно-орієнтовану, де головним критерієм є відновлена функціональність пацієнта.

4. Проаналізовано стан інституційного забезпечення сфери медичної реабілітації та встановлено, що воно характеризується структурним дуалізмом: наявністю прогресивної нормативно-правової бази (Закон № 1053-IX, імплементація МКФ) та інертністю організаційного механізму. З'ясовано, що перехід до біопсихосоціальної моделі ускладнюється інституційною фрагментарністю – розпорошенням повноважень між МОЗ, Мінсоцполітики та Мінветеранів за відсутності профільного координаційного департаменту в структурі МОЗ. Визначено, що в умовах експоненційного зростання попиту на послуги ключовим бар'єром є розрив ланцюга допомоги та недосконала

маршрутизація пацієнтів. Обґрунтовано, що оптимізація системи потребує не екстенсивного створення нових органів влади, а застосування інтенсивного підходу: формування єдиного цифрового реабілітаційного простору та переходу до кластерної моделі управління. Саме кластерний підхід, як інструмент подолання міжвідомчих бар'єрів, визначено пріоритетним напрямом подальшого дослідження.

5. Оцінено стан розвитку біопсихосоціальної моделі (БПС) медичної реабілітації та встановлено, що національна система охорони здоров'я здійснила незворотний концептуальний перехід від біомедичної парадигми до людиноцентричної, заснованої на Міжнародній класифікації функціонування (МКФ). З'ясовано, що практична імплементація цієї моделі ускладнюється мультифакторністю даних: необхідністю одночасного аналізу біологічних функцій, активності пацієнта та факторів середовища. Доведено, що в умовах воєнного часу та значного навантаження на мультидисциплінарні команди, ефективне управління БПС-моделлю без використання цифрових інструментів є неможливим. Визначено, що цифровізація (автоматизація кодування МКФ, телереабілітація, інтеперабельність реєстрів) виступає не допоміжною опцією, а критичною технологічною умовою функціонування системи. Констатовано, що подальший розвиток галузі потребує інтеграції цифрових рішень у кластерну модель управління, що дозволить подолати фрагментарність послуг.

6. Висвітлено міжнародні тенденції розвитку електронної медицини та визначено, що глобальним вектором трансформації галузі є конвергенція охорони здоров'я з цифровими технологіями (Big Data, AI, mHealth). Встановлено, що визначальний вплив на формування державної політики України мають нормативні стандарти ЄС та ВООЗ (GDPR, Європейський простір даних про здоров'я), які вимагають від національної системи повної інтеперабельності та транскордонної сумісності реєстрів. На основі компаративного аналізу досвіду провідних країн (США, Ізраїль, Німеччина) з'ясовано, що ефективність сучасної реабілітації корелює з рівнем її технологізації. Доведено, що для України, в умовах війни, критично важливою є

адаптація моделей військової реабілітації (США, Ізраїль) та масштабування телемедичних платформ (Канада). Це дозволить модернізувати державну політику шляхом переходу від фрагментарних цифрових рішень до єдиної захищеної екосистеми, орієнтованої на відновлення людського капіталу.

7. Визначено шляхи удосконалення формування державної політики медичної реабілітації на основі методології управління проєктами та аналізу Великих даних. Встановлено, що адаптивність системи до кризових викликів (військовий травматизм, ресурсний дефіцит) можлива лише за умови переходу від бюрократичного адміністрування до портфельного управління стратегічними ініціативами. Доведено, що інтеграція технологій Big Data (E-Health, IoT, демографічні реєстри) дозволяє змінити вектор прийняття управлінських рішень з реактивного на предиктивний. Це уможливорює точне прогнозування потреб у реабілітаційних послугах та оцінку ефективності втручань у реальному часі. Констатовано, що поєднання проєктного менеджменту та дата-центричного підходу створює необхідний «цифровий каркас» політики, практична реалізація якого вимагає інституційного оформлення через мережу медичних кластерів, що буде обґрунтовано у наступному підрозділі.

8. Окреслено напрями розвитку інституційної спроможності державної політики та доведено, що в умовах обмежених бюджетних ресурсів безальтернативним шляхом модернізації галузі є перехід від адміністративно-територіального розподілу закладів до створення інноваційних реабілітаційних кластерів. Обґрунтовано доцільність застосування моделі «Потрійної спіралі» (Triple Helix), яка забезпечує системну взаємодію держави (замовник послуг), науки (підготовка мультидисциплінарних команд) та бізнесу (технології та інвестиції). Встановлено, що імплементація механізмів публічно-приватного партнерства (ППП) дозволяє трансформувати роль держави з «власника активів» на «гаранта якості послуг», перекладаючи інфраструктурні ризики на приватний сектор. Узагальнено, що інтеграція кластерного підходу з інструментами Big Data та проєктного менеджменту формує стійку екосистему, здатну забезпечити

повний цикл відновлення людського капіталу: від гострої фази лікування до соціально-економічної реінтеграції.

Загалом, проведені дослідження дозволяють стверджувати, що державна політика України у сфері медичної реабілітації перебуває на етапі фундаментальної трансформації: відбувається незворотний перехід від патерналістської біомедичної парадигми до людиноцентричної біопсихосоціальної моделі. Доведено, що в умовах надскладних викликів воєнного часу та необхідності опрацювання масивів даних МКФ, цифровізація галузі перестає бути опцією і стає критичною умовою існування самої системи. Інтеграція у європейський цифровий простір та використання технологій Big Data створюють необхідний фундамент для прийняття обґрунтованих управлінських рішень та забезпечення прозорості фінансування.

Водночас, технологічна модернізація вимагає зміни архітектури управління. Обґрунтовано, що найефективнішим шляхом реалізації державної стратегії є поєднання методології проєктного менеджменту з розвитком інституційної спроможності через кластерний підхід. Створення інноваційних реабілітаційних кластерів на засадах публічно-приватного партнерства дозволить об'єднати ресурси держави, науковий потенціал та інвестиції бізнесу (модель Triple Helix). Саме така синергія здатна забезпечити замкнений цикл відновлення людського капіталу: від високотехнологічного лікування до повноцінної соціально-економічної реінтеграції.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аналіз поточної політики розвитку електронної системи охорони здоров'я в Україні. // Агенція місцевого економічного розвитку Яворівщини / за підтримки Європейського Союзу. 2023. 99 с. URL: https://amer.org.ua/wp-content/uploads/2023/01/Research_e-Health_UKR_FINAL_2022.pdf
2. Богданов С.Г. Державний механізм організації системи медичної реабілітації в Україні. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2020. С. 40-46. DOI: <https://doi.org/10.32843/2663-5240-2020-16-7>
3. Брич В.В. Можливості реалізації медичної реабілітації в умовах реформування та нової системи фінансування закладів охорони здоров'я України. *Український медичний часопис*. 2020. 3(137), Т. 2. doi:10.32471/umj.1680-3051.137.180103; URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/29357>
4. В ЕСОЗ став доступним функціонал обліку реабілітаційних втручань на основі МКФ. *Електронна система охорони здоров'я в Україні*. 2023. URL: <https://ehealth.gov.ua/2023/06/19/v-esoz-stav-dostupnym-funktsional-obliku-reabilitatsijnyh-vtruchan-na-osnovi-mkf/>
5. Всесвітня асамблея охорони здоров'я: Глобальне опитування щодо електронної охорони здоров'я. 2015. URL: <https://www.who.int/observatories/global-observatory-for-ehealth/survey>
6. Всесвітня асамблея охорони здоров'я: Резолюція WHA58.28 (2005) про електронну охорону здоров'я. P.121-123. URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_28-en.pdf
7. Всесвітня асамблея охорони здоров'я: Резолюція WHA66.24 (2013) про стандартизацію та сумісність електронної охорони здоров'я. 2013. 3 с. URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R24-en.pdf

8. Всесвітня асамблея охорони здоров'я: Резолюція WHA71.7 про цифрову охорону здоров'я. 2018. 4 с. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/10665-279505>.

9. Гальцова О. Л. Державна політика у сфері охорони здоров'я: початок другого етапу реформи. *Український журнал прикладної економіки*. 2020. Т. 5. № 2. С. 101-107. URL: https://ujae.org.ua/wp-content/uploads/2020/12/ujae_2020_r02_a12.pdf

10. Горбатова Д.І. Форми державного управління у сфері охорони здоров'я. *Право і суспільство*. 2019. № 4 URL: <https://doi.org/10.32842/2078-3736-2019-4-24>.

11. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. / кол. авт.; упоряд. Я.Ф. Радиш; передм. та заг. ред. М.М. Білинської, Я.Ф. Радиша. Київ : НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.

12. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: кол. моногр. / [кол. Авт. ; упоряд. Проф. Я. Ф. Радиш, передм. Т. Д. Бахтеєвої ; за заг. Ред. Проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. К.: НАДУ, 2013. 424 с.

13. Деякі питання Державної служби України у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції: Постанова Кабінету Міністрів України від 10.09.2014 № 416

14. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 411. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#Text>

15. Деякі питання комплексної реабілітації осіб з інвалідністю: Наказ Міністерства соціальної політики України від 09.08.2016 р. № 855.

16. 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>

17. Дутко А.О. Правове регулювання реабілітації в сфері охорони здоров'я. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право.* 2024. Т. 1 № 84. С. 266-271. URL: <http://visnyk-pravo.uzhnu.edu.ua/article/view/311598/302786>
18. Звіт про діяльність Бюро ВООЗ в Україні за 2022 р. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2023. 86 с. URL: <https://www.who.int/ukraine/uk/publications/WHO-EURO-2023-7651-47418-69673>
19. Електронна система охорони здоров'я в Україні. Цифрова трансформація системи охорони здоров'я / веб-платформа Національної служби здоров'я України МОЗ. URL: <https://ehealth.gov.ua/>
20. Європейська комісія: «Horizon 2020» Work Programme 2014 – 2015. 2014. 29 р. URL: https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/wp/2014_2015/main/h2020-wp1415-intro_en.pdf
21. Європейська комісія: Європейський простір даних про здоров'я (EHDS) 2020. URL: <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory-overview/medical-devices>
22. Європейська комісія: Зв'язок заради здорового майбутнього – брошура. 2019. 64 с. URL: <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/library/connected-healthy-future-brochure>
23. Європейська комісія: Оновлена Рамка цифрових компетентностей для громадян Європейського Союзу (DigComp 2.2). 2022. URL: <https://digital-skills-jobs.europa.eu/en/latest/news/latest-update-digcomp-22-now-published>
24. Європейська комісія: Програмний документ «Horizon Europe - наступне дослідження та Рамкова програма інновацій». 2020 р. URL: https://research-and-innovation.ec.europa.eu/funding/funding-opportunities/funding-programmes-and-open-calls/horizon-europe_en
25. Європейська комісія: Рекомендації щодо європейського формату обміну електронними медичними записами, 2019. URL: https://wayback.archive-it.org/12090/*/https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/recommendation-european-electronic-health-record-exchange-format

26. Європейська комісія. Стратегія єдиного цифрового ринку для Європи. Брифінг 2015. № 3 8 с. URL: [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2015/568325/EPRS_BRI\(2015\)568325_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2015/568325/EPRS_BRI(2015)568325_EN.pdf)
27. Європейське агентство з лікарських засобів: Регламент медичних пристроїв (MDR), 2020. URL: <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory-overview/medical-devices>
28. Європейський досвід цифрової трансформації охорони здоров'я. Ключові документи ВООЗ з цифровізації охорони здоров'я в європейському регіоні / Веб-сайт МОЗ України. URL: <https://en.moz.gov.ua/uk/yevropejskij-dosvid-cifrovoyi-transformaciyi-ohoroni-zdorov-ya-klyuchovi-dokumenty-vooz-z-cifrovizaciyi-ohoroni-zdorov-ya-v-yevropejskomu-regioni>
29. Європейський парламент та Рада Євросоюзу: Загальний Регламент Захисту Даних (GDPR), 2016. 99 с. URL: <https://gdpr-info.eu/>
30. Європейські країни прийняли план дій у сфері цифрової охорони здоров'я. Веб-сайт МОЗ України. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/evropejski-kraini-prijnali-plan-dij-u-sferi-cifrovoyi-ohoroni-zdorov%e2%80%99ja>
31. ЄПР (EPW): Ініціатива «Розширення прав та можливостей громадян за допомогою цифрової охорони здоров'я». 2022. URL: <https://www.who.int/europe/news/item/13-09-2022-countries-in-the-european-region-adopt-first-ever-digital-health-action-plan>
32. Інвалідність та суспільство: навчально-методичний посібник / за заг. редакцією Л.Ю. Байди, О.В. Красюкової-Еннс / кол.авт.: Л.Ю. Байда, О.В. Красюкова-Еннс, С.Ю. Буров, В.О. Азін, Я.В. Грибальський, Ю.М. Найда. К., 2012. 216 с.
33. Історія Українського кластерного Альянсу, перші здобутки. 2020. URL: <https://www.clusters.org.ua/no-categories/history/>
34. Колісніченко, Н. Тенденції розвитку публічного управління у сфері охорони здоров'я: глобальний контекст. *Науковий вісник: Державне управління*, 2022. №2 (12), С.38–52. DOI: [https://doi.org/10.33269/2618-0065-2022-2\(12\)-38-52](https://doi.org/10.33269/2618-0065-2022-2(12)-38-52)

35. Конституція України від 28 червня 1996 р. № 254к/96-ВР URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>
36. Концепція розвитку електронної охорони здоров'я: розпорядження Кабінету Міністрів України від 28.12.2020 № 1671. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1671-2020-%D1%80#Text>
37. Концепція розвитку цифрових компетентностей: розпорядження Кабінету Міністрів України від 03.03.2021 № 167-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/167-2021-%D1%80#Text>
38. Майстренко К. М. (2021). Управління проектами та програмами у сфері публічного управління. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 16. С. 93-96. DOI: <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2021.16.93>
39. Мисула І. Р., Бакалюк Т. Г., Голяченко А. О., Сидлярчук Н. І., Мисула Ю. І., Мисула М. С., Завіднюк Ю. В. Система реабілітації в Україні та шляхи її вдосконалення. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2019. № 3. С. 177-182. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zkem_2019_3_28
40. МОЗ вже погодив спроможну мережу медзакладів у 18 областях URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/moz-vzhe-pohodyv-spromozhnu-merezhu-medzakladiv-u-18-oblastiakh>
41. Національна програма кластерного розвитку до 2027. Український кластерний альянс. URL: <https://www.clusters.org.ua/blog-single/proyekt-nacjonalnoyi-programy-klasterного-rozvytku-do-2027/>
42. Національна стратегія із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 14.04.2021 р. № 366-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/366-2021-%D1%80#Text>
43. Нормативно-правове регулювання ЕСОЗ / Веб-сайт МОЗ України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/news/normativno-pravove-regulyuvannya-esoz>
44. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навч. посіб. /за заг. ред. Н. Пророк. Т. 1. Київ: Видано за підтримки ОБСЄ в Україні. 2018. 208 с. URL: <https://www.osce.org/files/f/documents/a/a/430805.pdf>.

45. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII URL: <http://surl.li/mjjaas>

46. Паненко В.В., Поліщук О.Т. Об'єднання комунальних некомерційних підприємств як важливий компонент кластерного підходу в організації системи охорони здоров'я територіальних громад. *Інноваційна економіка*. 2021. №7-8. URL: <http://inneco.org/index.php/innecoua/article/view/856>

47. Парубчак І. О., Балашов А.М. Державне регулювання в системі надання послуг з оздоровлення та відновлення здоров'я населення в мережі рекреаційно-курортних закладів України. *Публічне управління та адміністрування*. 2021. Вип. .21. С. 68-71 URL: <https://pag-journal.iei.od.ua/archives/2021/21-2021/15.pdf>

48. Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 3.11.2021 р. № 1268. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-%D0%BF#Text>

49. Полковнікова Н.О. Державна політика України щодо збереження здоров'я нації: нормативний аспект. *Право та державне управління*. 2019 № 3 (36). С. 219-226. URL: http://pdu-journal.kpu.zp.ua/archive/3_2019/tom_2/36.pdf

50. Положення про Національну службу здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017. № 1101 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text>

51. Примачок Л. Л. Історія медицини та реабілітації: навч. посіб. Ніжин : НДУ ім. М. Гоголя, 2014. 104 с. URL: <http://surl.li/sszcef>

52. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо підвищення доступності медичної та реабілітаційної допомоги у період дії воєнного стану: Закон України від 29.07.2022 № 2494-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2494-20#Text>

53. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>

54. Про затвердження плану заходів на 2025-2026 роки з реалізації Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 25.03.2025 № 374-р URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/374-2025-%D1%80#Text>

55. Про затвердження плану дій на 2021-2025 роки щодо реалізації Національної стратегії розвитку системи фізкультурно-спортивної реабілітації ветеранів війни та членів їх сімей, сімей загиблих (померлих) ветеранів війни: Постанова Кабінету Міністрів України від 30.06.2021 р. № 667. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1617-2021-%D1%80#Text>

56. Про затвердження плану заходів із впровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 р. № 1008-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1008-2017-%D1%80#Text>

57. Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації особи з інвалідністю: Постанова Кабінету Міністрів України від 23.05.2007 р. № 757. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/757-2007-%D0%BF#Text>

58. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 25.03.2015 № 267. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF#Text>.

59. 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>

60. Про національну програму інформатизації: Закон України від 01.12.2022 № 2807-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2807-20#Text>

61. Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні: Закон України від 21.03.1991 р. № 875-XII. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/875-12#Text>
62. 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>
63. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України від 3.12.2020 р. № 1053-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>
64. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей: Закон України від 20.12.1991 № 2011-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2011-12#Text>
65. Проєкт Re 5 HUB – створення мережі центрів розширеної (вторинної) реабілітації // Український кластерний альянс. URL: <https://www.clusters.org.ua/en/projects/re-5-hub-project-creation-of-a-network-of-extended-secondary-rehabilitation-centers/>
66. Система охорони здоров'я в Україні (СОЗ) / авт.кол. Тетяна Юрочко, Олександр Бабляк, Тимофій Бадіков, Валентин Скибчик, Дмитро Купира, Володимир Курпіта // UAreforms: онлайн-платформа Громадянського суспільства на підтримку реформ. URL: <https://uareforms.org/pages/new-page-655>
67. Соколовський С. С. Кластерний підхід як інструмент розвитку медичної реабілітації в Україні: державно-управлінський аспект. *Публічне адміністрування та національна безпека*. 2023. №8 (38). С. 31-37. <https://www.inter-nauka.com/uploads/public/16998808384514.pdf>
68. Соціально-психологічна реабілітація в регіональних інноваційних реабілітаційних центрах для постраждалих внаслідок російської збройної агресії. Масштабування та реконструкція існуючих реабілітаційних закладів. Український кластерний альянс. URL: <https://www.clusters.org.ua/en/projects/social-and-psychological-rehabilitation-in-regional-innovative-rehabilitation-centers-for-people-affected-by-russian-armed-aggression-scaling-and-renovation-of-existing-rehabilitation-facilities/>

69. Спільні дії для міцнішого здоров'я : Європейська програма роботи на 2020–2025 рр. // Європейське регіональне бюро ВООЗ. 2021. Копенгаген. 64 с. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345924/WHO-EURO-2021-1919-41670-59496-ukr.pdf>.

70. Старченко Г.В. Проактивне управління проєктами в публічній сфері. *Публічне адміністрування: наукові дослідження та розвиток*. 2017. № 2. С. 84–91.

71. Створення інноваційних реабілітаційних центрів для постраждалих від війни. *Український кластерний альянс*. URL: <https://www.clusters.org.ua/en/projects/creation-of-innovative-rehabilitation-centers-for-people-affected-by-the-war/>

72. Створення інноваційної реабілітаційної платформи. *Український кластерний альянс*. URL: <https://www.clusters.org.ua/en/projects/creation-of-an-innovative-rehabilitation-platform/>

73. Створення мережі центрів підготовки реабілітологів та мультидисциплінарних реабілітаційних бригад. *Український кластерний альянс*. URL: <https://www.clusters.org.ua/en/projects/creating-a-network-of-training-centres-for-rehabilitation-specialists-and-multidisciplinary-rehabilitation-teams/>

74. Стратегічні пріоритети Регіонального плану дій цифрової охорони здоров'я на 2023–2030 рр. // ВООЗ: Регіональний Європейський Комітет. 2022. 12 с. URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_32-en.pdf

75. Рамка цифрової компетентності працівника охорони здоров'я України. ТОВ «Делойт Консалтинг». 2023. 100 с. URL: <http://surl.li/zwtamm>

76. Цифровізація сфери охорони здоров'я – проміжні підсумки 2023 року / Веб-сайт МОЗ України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/cifrovizacija-sferi-ohoroni-zdorov%E2%80%99ja-%E2%80%93-promizhni-pidsumki-2023-roku->

77. Цілі сталого розвитку (SDG) до 2030 // ВООЗ. Глобальна обсерваторія здоров'я. 2025. URL: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/sustainable-development-goals>.

78. Що таке електронна охорона здоров'я (eHealth)? / Е-здоров'я. веб-сайт МОЗ України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/news/ehealth>

79. Чернов С. В. Концептуальні засади запровадження проєктного підходу в публічному управлінні сучасної держави. *Експерт: парадигми юридичних наук і державного управління*. 2021. (3(15)). С. 205-217. DOI: [https://doi.org/10.32689/2617-9660-2021-3\(15\)-205-217](https://doi.org/10.32689/2617-9660-2021-3(15)-205-217)

80. Шаров Ю. П., Чикаренко І. А. Інституційно-організаційні аспекти створення муніципальних кластерів. *Державне управління та місцеве самоврядування*. Д. : ДРІДУ НАДУ, 2012. № 1 (12). С. 179 – 191.

81. Шевчук В. І., Беляєва Н. М., Яворовенко О. Б. Формування системи медичної реабілітації хворих та осіб з інвалідністю: монографія. Вінниця: ФОП Рогальська І. О., 2019. 205 с.

82. Яремчук О. В., Берлінець І. А. Проблематика державного управління у сфері медичної реабілітації у процесі трансформування національної системи охорони здоров'я. *Демократичне врядування*. 2018. Вип. 21. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeVr_2018_21_13

83. Bardot A., Tonazzi A. European physical and rehabilitation medicine organisms – origins and developments. *Eura Medicophys*. 2007;43:185-94

84. Brubaker, B. H. Health promotion: a linguistic analysis. *Advances in Nursing science*, 1983. №5 (3), P. 1-14. DOI: 10.1097/00012272-198304000-00003.

85. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006. URL: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/publications/basic-documents-constitution-of-who179f0d3d-a613-4760-8801-811dfce250af.pdf?sfvrsn=e8fb384f_1&download=true

86. Constitution of the World Health Organization. WHO, 1948. URL: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>

87. Declaration on the Rights of Disabled Persons: United Nations. proclaimed by the General Assembly on 09 December 1975 resolution 3447/ URL: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/res3447.pdf>

88. Edmund H. Duthie and Paul R. Katz *The Practice of Geriatrics*. Saunders; 4th edition 2007. 704 p.

89. Lane R.D. Is it possible to bridge the Biopsychosocial and Biomedical models? *Biopsychosoc Med.* 2014. № 3 (8). doi: 10.1186/1751-0759-8-3. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3898026/>
90. Liudmyla Ivashova, Stanislav Larin, Nataliia Shevchenko, Liudmyla Antonova, Serhii Yurchenko, Myroslav Kryshchanovych Introduction of Smart-Management into the System of Public Management of Regional Development in the Context of Strengthening National Security of Ukraine *IJCSNS International Journal of Computer Science and Network Security*, VOL.22 No.9, September 30. 2022, P.369-375. URL: http://paper.ijcsns.org/07_book/202206/20220692.
91. Ottawa Charter for Health Promotion. World Health Organization. Regional Office for Europe. 1986. 5 p. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349652>
92. Smart Specialisation: Platform. Strategies for research and innovation-driven growth. 2022. URL: <https://s3platform.jrc.ec.europa.eu/>
93. Suggested citation. Promoting health in the SDGs. Report on the 9th Global conference for health promotion, Shanghai, China, 21–24 November 2016: all for health, health for all. Geneva: World Health Organization; 2017. 44 p. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-PND-17.5>
94. Technical support mission to Ukraine on disability, rehabilitation and assistive technology. WHO. 2023. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/366376>
95. The Jakarta Declaration : on leading health promotion into the 21st century. World Health Organization: Adopted at the Fourth International Conference on Health Promotion, July 21-25, 1997, Jakarta, Republic of Indonesia1997. 13 p. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63698>
96. The world health report 2000 : health systems : improving performance. World Health Organization. 2000. 215 p. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/924156198X>
97. Wade D.T, Halligan P.W. The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clinical Rehabilitation.* 2017. Volume 31 Issue 8,P. 995-1004.

<https://doi.org/10.1177/0269215517709890> URL: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0269215517709890>

98. World Health Organization. Global strategy on digital health 2020-2025. 2021. 60 p. URL: [9789240020924-eng.pdf](https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924-eng) (who.int)

99. World Programme of Action Concerning Disabled Persons United Nations adopted by the General Assembly on 3 December 1982, by its resolution 37/52 URL: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/resources/world-programme-of-action-concerning-disabled-persons.html>

100. Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities. United Nations adopted the by General Assembly on 20 December 1993. URL: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/standard-rules-equalization-opportunities-persons-disabilities>

101. World report on disability 2011. World Health Organization & World Bank. Summary also available in Braille XXIII, 325 p. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/44575>

102. WHO Report by the Secretariat Sixty-Seventh World Health Assembly Provisional agenda item 13.3: Draft WHO global disability action plan 2014-2021: better health for all people with disability on 4 April 2014. A67/16. URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_16-en.pdf

103. WHO. Rehabilitation: Key for health in the 21st century. Geneva: World Health Organization; 2017. 6 p. DOI: https://www.who.int/docs/default-source/documents/health-topics/rehabilitation/callfor-action/keyforhealth21stcentury.pdf?sfvrsn=43cebb7_

104. WHO. Resolution: leveraging digital transformation for better health in Europe: Regional digital health action plan for the WHO European Region 2023–2030 (RC72) <https://www.who.int/europe/publications/i/item/EUR-RC72-R2>

ДОДАТКИ

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УНІВЕРСИТЕТ МИТНОЇ СПРАВИ ТА ФІНАНСІВ
РАДА МОЛОДИХ УЧЕНИХ УНІВЕРСИТЕТУ МИТНОЇ СПРАВИ ТА ФІНАНСІВ



Міжнародна науково-практична конференція
«ЕКОНОМІКО-ПРАВОВІ, УПРАВЛІНСЬКО-ТЕХНОЛОГІЧНІ ТА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ВИМІРИ СЬОГОДЕННЯ: МОЛОДІЖНИЙ ПОГЛЯД»
14 листопада 2025 р.

До участі запрошуються здобувачі вищої освіти, молоді науковці, представники підприємств, установ, організацій, бізнесу, установ та організацій – міжнародних партнерів УМСФ.

Робочі мови конференції: українська, англійська.

Тематичні напрями	Контакти тематичних напрямів
✓ Фінанси, облік та аудит в контексті сучасних ризиків та економічних загроз	Сальникова Тетяна Валеріївна, к.е.н., доц. e-адреса: tvsalnykova@gmail.com тел.: +380973735415
✓ Розвиток міжнародних економічних відносин в умовах нестабільності	Грачевська Таміла Олександрівна, к.і.н., доц. e-адреса: persefona01@i.ua тел.: +380661575712
✓ Трансформація менеджменту та інноваційні технології публічного управління в цифровому суспільстві	Трансформація менеджменту в цифровому суспільстві Олексієнко Роман Юрійович, к.е.н., доц. e-адреса: roman.dniepr@gmail.com тел.: +380974819207 Інноваційні технології публічного управління в цифровому суспільстві Борисенко Ольга Петрівна, д.держ.упр, проф. e-адреса: konf081025@gmail.com тел.: +380973674432
✓ Інформаційно-комунікативні та соціально-психологічні аспекти суспільного життя в умовах війни	Інформаційно-комунікативні аспекти: Кодацька Наталія Олександрівна, к.соц.н., доц. e-mail: dom1237@gmail.com тел.: +380973621149 Соціально-психологічні аспекти: Склянська Ольга Вадимівна, к.психол.н., доц. e-mail: olga.sklianska@gmail.com тел.: +380663454877
✓ Підприємництво та торгівля: сучасні проблеми та стратегії розвитку	Шаранов Роман Сергійович, доктор філософії e-адреса: sharanovr2008@gmail.com тел.: +380636497520
✓ Вектори удосконалення діяльності судових та правоохоронних органів в сучасних правових реаліях	Павлова Наталія Валеріївна, к.ю.н., доц., e-mail: n6776207@gmail.com контактний телефон: +380965989858
✓ Інтегровані підходи в менеджменті, транспорті та логістиці	Щолокова Ганна Володимирівна, к.політ.н., доц. e-адреса: a.shcholakova@gmail.com тел.: +380634015447
✓ Інноваційні підходи у туризмі та готельно-ресторанній справі: виклики та перспективи	Горб Костянтин Миколайович, к.геогр.н., доц. e-адреса: gorbkm@gmail.com тел.: +380676334662
✓ Інформаційні технології та захист інформації	Фірсов Олександр Дмитрович, к.ф.-м.н., доц. e-адреса: alexander.d.firsov@gmail.com тел.: +380505960374

Стеблина А.О.

студент магістратури Університету митної справи та фінансів

Івашова Л.М., д.н.держ.упр., проф.

професор кафедри публічного управління та митного адміністрування

Університету митної справи та фінансів

Е-HEALTH ЯК ІНСТРУМЕНТ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНОЮ РЕАБІЛІТАЦІЄЮ: ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ДОСВІД

Інтеграція цифрових технологій у сферу охорони здоров'я сформувала нову парадигму, відому як «цифрове здоров'я» (digital Health). Згідно з положеннями ВООЗ, цифрове здоров'я визначається як конвергенція охорони здоров'я та новітніх цифрових технологій, що забезпечують отримання, збір, обробку та обмін даними про здоров'я [1]. Це поняття є ширшим та охоплює дотичні терміни, такі як eHealth (електронне здоров'я), mHealth (мобільне здоров'я) та e-rehabilitation (електронна реабілітація) [2]. На практичному рівні, це трансформує публічне управління, створюючи нові моделі «цифрової охорони здоров'я» (digital healthcare). Вони умовно поділяються на професійні інструменти (електронні медичні записи (EHR), телемедицина, кардіомонітори) та споживчі рішення (пристрої для самоконтролю, пошукові запити, портали пацієнтів).

Стратегічна важливість цієї сфери підкреслюється програмними документами ключових міжнародних інституцій. Зокрема, Регіональний план дій ВООЗ для Європи (2023–2030) [3], який ґрунтується на Глобальній стратегії (2020–2025) [4], акцентує увагу на розвитку цифрової грамотності населення та медичних працівників. Цей напрям, разом із розширенням прав і можливостей громадян, визнано флагманською ініціативою [5, 6].

Зі свого боку, Європейська Комісія (ЄК), за підтримки інституцій на кшталт ENISA, не лише фінансує цифровізацію, але й формує політику та регуляторні рамки. Ще у 2018 році ЄК у своєму Повідомленні [7] визначила дані про здоров'я ключовим чинником цифрової трансформації. Водночас, аналіз ЄК виявив суттєві управлінські виклики: впровадження цифрових рішень залишалось повільним та нерівномірним між країнами. Було констатовано, що значна ринкова фрагментація та відсутність сумісності (interoperability) систем стоять на заваді комплексному підходу до лікування та догляду. Саме ці бар'єри є критичними для побудови ефективних та безперервних процесів у сфері медичної реабілітації [7].

У відповідь на зазначені виклики, ЄК сформулювала пріоритетні напрями державної політики, спрямовані на посилення управлінської спроможності у сфері е-медицини, а саме:

- розробка загальноєвропейських стандартів якості, надійності та кібербезпеки даних для гарантування безпечного доступу громадян до їхніх електронних медичних записів;
- прискорення стандартизації електронних медичних карт (EHRs) для забезпечення їх технічної та семантичної сумісності;
- стимулювання повної інтеперабельності через впровадження відкритих форматів обміну, з урахуванням нових технологій (наприклад, блокчейн) та суворого дотримання норм Загального регламенту захисту даних (GDPR) [7].

Таким чином, зважаючи на європейський досвід Україна має активно впроваджувати е-технології та формувати політику медичної реабілітації в парадигмі «Digital Health».

Список використаних джерел:

1. FDA. Digital health. URL: <https://www.fda.gov/medicaldevices/digitalhealth/>
2. David J. Slotwiner, Khaldoun G. Tarakji, Sana M. Al-Khatib, Rod S. Passman, Leslie A. Saxon, Nicholas S. Peters, Debbie McCall. Transparent sharing of digital health data: A call to action. *Heart Rhythm*. 2019. Vol. 16, No 9, P.95-105
<https://doi.org/10.1016/j.hrthm.2019.04.042>. URL:
[https://www.heartrhythmjournal.com/article/S1547-5271\(19\)30371-6/pdf](https://www.heartrhythmjournal.com/article/S1547-5271(19)30371-6/pdf)
3. Європейські країни прийняли план дій у сфері цифрової охорони здоров'я. Веб-сайт МОЗ України. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/evropejski-kraini-prijnjali-plan-dij-u-sferi-cifrovoi-ohoroni-zdorovja>
4. World Health Organization. Global strategy on digital health 2020-2025. 2021. 60 p. URL: [9789240020924-eng.pdf \(who.int\)](https://www.who.int/publications/m/item/global-strategy-on-digital-health-2020-2025)
5. World Health Assembly in resolution. The Thirteenth General Programme of Work, 2019–2023, was approved by the Seventy-first. 2018. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/324775/WHO-PRP-18.1-eng.pdf?sequence=1>
6. Європейське регіональне бюро ВООЗ: Європейська програма роботи на 2020–2025 рр. «Спільні дії для міцнішого здоров'я». 2021. Копенгаген. 64 с. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345924/WHO-EURO-2021-1919-41670-59496-ukr.pdf>.
7. European Commission: Communication to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: on enabling the digital transformation of healthcare and care in the Single Digital Market; empowering citizens and building a healthier society. 2018. URL: <https://digital-strategy.ec.europa.eu/library/communication-enabling-digital-transformation-health-and-care-digital-single-market-empowering>

Цифрові продукти та їх використання у сфері медичної реабілітації

Назва ЦП	Особливості	Використання
1. Електронні медичні картки (ЕМК),	зберігають усі дані про пацієнта, включаючи історію хвороб, результати обстежень, плани лікування та реабілітації; забезпечує зручний доступ до медичних даних, підвищує точність діагностики та планування лікування, знижує ризик помилок	Інтеграція ЕМК в систему eHealth, що дозволяє лікарям швидко отримувати доступ до необхідної інформації та координувати реабілітаційний процес.
2. Системи телемедицини	використання цифрової платформи для проведення дистанційних консультацій, моніторингу стану пацієнтів та надання реабілітаційних послуг онлайн; зручність для пацієнтів, особливо в умовах карантину або для тих, хто живе у віддалених районах, а також економія часу та ресурсів.	Так працює система «Доктор онлайн» в Україні, що дозволяє проводити консультації з фахівцями без потреби особистого візиту
Мобільні додатки з реабілітації для смартфонів та планшетів	допомагають пацієнтам виконувати реабілітаційні вправи, відстежувати прогрес та отримувати рекомендації; доступність для широкого кола користувачів, інтерактивність, можливість персоналізації програм реабілітації	Так, при хронічних болях у спині для реабілітації можна використати можливості додатку «Kaia Health», який використовує технологію ШІ для аналізу рухів.
Імерсійні технології	віртуальна реальність (VR) – для створення повністю віртуального середовища, в яке занурюється користувач за допомогою спеціальних окулярів або шолома; доповнена реальність (AR) – для накладання цифрових зображень або інформації на реальний світ за допомогою спеціальних окулярів або мобільних пристроїв змішана реальність; (MR) – комбінація реального та віртуального світів, де фізичні та цифрові об'єкти взаємодіють у реальному часі; підвищується мотивацію пацієнтів, створюються реалістичні сценарії для тренування.	VR-технологій для створення імітованих середовищ, де пацієнти можуть виконувати реабілітаційні вправи в ігровій формі застосовуються швейцарською компанією «MindMaze», що розробляє VR-рішення для реабілітації після інсультів та травм мозку. Такі технології можуть бути використані для різних типів реабілітації (фізична, когнітивна тощо).
5. Роботизовані системи	передбачають використання роботів та екзоскелетів для підтримки та покращення рухової активності пацієнтів; налаштована для індивідуальних потреб пацієнта	Компанія «Ekso Bionics» створює екзоскелети для пацієнтів з травмами хребта та інсультами, що допомагає відновлювати рухові функції, забезпечує точність та повторюваність рухів

Продовження додатка Б

6. Інтернет (онлайн)-платформи	для моніторингу та підтримки стану пацієнтів, обміну даними між лікарями та пацієнтами, а також надання підтримки в реальному часі; підвищує залученість пацієнтів, полегшує комунікацію між лікарями та пацієнтами, забезпечує безперервний моніторинг	платформа «RehabTracker» дозволяє пацієнтам відстежувати свій прогрес у реабілітації та спілкуватися з лікарями
Програмне забезпечення для аналізу рухів	програми, що використовують камери та сенсори для аналізу рухів пацієнтів і надання рекомендацій щодо корекції вправ забезпечує високу точність аналізу, можливість індивідуального налаштування реабілітаційних програм, підтримку зворотного зв'язку в реальному часі.	покладені в основу системи «DARI Motion», яка аналізує рухи пацієнтів у реальному часі для оцінки їхнього стану та ефективності реабілітації

Джерело: складено автором