

НАЦІОНАЛЬНИЙ ТЕХНІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
«ДНІПРОВСЬКА ПОЛІТЕХНІКА»

*Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису*

СОКОЛОВСЬКИЙ СЕРГІЙ СЕРГІЙОВИЧ

УДК 351.074:614.02

**УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ:
ПУБЛІЧНО-УПРАВЛІНСЬКИЙ АСПЕКТ**

Спеціальність 281 – «Публічне управління та адміністрування»

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 281 – «Публічне управління та адміністрування». Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

_____ С.С.Соколовський

Науковий керівник: Шпекторенко Ігор Валентинович, доктор наук з державного управління, професор, професор кафедри публічного управління та місцевого самоврядування Національного технічного університету «Дніпровська політехніка»

Дніпро – 2024

АНОТАЦІЯ

Соколовський Сергій Сергійович. Удосконалення системи медичної реабілітації в Україні: публічно-управлінський аспект. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії з галузі знань 28 «Публічне управління та адміністрування» за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування». – Національний технічний університет «Дніпровська політехніка», Міністерство освіти і науки України, Дніпро, 2024.

Дисертація є завершеною науково-дослідною роботою, в якій сформульовано та вирішено наукове завдання публічного управління, що полягає в обґрунтуванні теоретичних положень та розробці практичних рекомендацій щодо удосконалення системи публічного управління у сфері медичної реабілітації на засадах комплексного використання наукових підходів, методів, інструментів та розробленні методико-технологічного забезпечення їх реалізації у досліджуваній сфері.

У першому розділі роботи «Теоретичні основи публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні» досліджено сутність і зміст системи публічного управління охороною здоров'я в Україні, основні етапи становлення й розвитку системи публічного управління суспільною практикою медичної реабілітації та особливості публічного управління процесами медичної реабілітації у контексті забезпечення життєздатності населення.

Узагальнено науково-теоретичні підходи до уточнення окремих термінів, що утворюють категорійно-понятійний апарат публічного управління у сфері охорони здоров'я і, зокрема, медичної реабілітації. Розмежовані відповідно до сутнісних особливостей поняття «державне управління у сфері охорони здоров'я» «публічне управління у сфері охорони здоров'я» та «публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я» та уточнено їх зміст. Відповідно до теми дослідження надане авторське визначення дефініціям: «медична реабілітація» як комплекс заходів, у вигляді медичної допомоги та/або послуги з

медичного обслуговування населення, що надається професійно підготовленими медичними працівниками, яких потребує особа, яка зазнає або може зазнавати обмеження повсякденного функціонування внаслідок стану здоров'я у взаємодії з її середовищем та «публічне управління медичною реабілітацією» як комплексний вплив інститутів державної влади, місцевого самоврядування та громадянського суспільства на суб'єкти національної системи охорони здоров'я, які здійснюють свою діяльність з метою забезпечення як найбільш повного відновлення (або максимальної компенсації) функцій, здібностей і здатностей індивідуума, що були втрачені унаслідок дії різних негативних чинників.

Визначена сутність термінів: «форми публічного управління сферою охорони здоров'я» як зовнішній прояв функцій впливу інститутами державної влади, місцевого самоврядування та громадянського суспільства на суб'єкти національної системи охорони здоров'я, основною метою яких є зміцнення, відновлення або підтримка здоров'я громадян; та «форми публічного управління у сфері медичної реабілітації в умовах інноваційного розвитку», як зовнішньої оболонки діяльності управлінсько-організаційних структур, що забезпечується комплексом нормативно-правових, організаційних функціональних, соціально-економічних, соціально-психологічних, морально-етичних, духовних, інформаційних та інших аспектів здійснення медичної реабілітації та наповнюють цю оболонку змістом, що надає змогу адекватно реагувати на зовнішні й внутрішні зміни в умовах трансформації системи публічного управління охороною здоров'я та забезпечувати з метою зміцнення, відновлення або підтримка здоров'я громадян».

Запропонована авторська класифікація форм публічного управління за ознаками: за способом здійснення влади; за структурою; за масштабом; за цільовою спрямованістю у сферах діяльності; за способом застосування технологій. Охарактеризовано інноваційно-технологічні форми, що проявляються через електронне врядування, smart-менеджмент (smart-урбаністика, аналіз великих даних) цифрові технології та обґрунтовано, що

інноваційно-технологічні форми публічного управління допомагають покращити ефективність та доступність у сфері медичної реабілітації.

Зроблено висновок, що застосування означеної термінології буде сприяти удосконаленню однозначності розуміння проблем, що існують у сфері медичної реабілітації й шляхів їх вирішення на рівні органів публічного управління, стейкхолдерів і громадянського суспільства, а застосування інноваційно-технологічних форм публічного управління допоможе не лише покращити ефективність та доступність системи, але й сприятиме розвитку більш відкритого та транспарентного уряду.

Визначено, генезу публічного управління суспільною практикою медичної реабілітації в системі охорони здоров'я за період початок ХХ – початок ХХІ століття пройшла декілька ключових етапів, кожен з яких відображає зміну парадигм в підходах до управління охороною здоров'я та надання медичних послуг. Виокремлено наступні етапи: етап раннього становлення, етап післявоєнного розвитку, етап розвитку інституційного розвитку та професіоналізації, етап реформування та соціальної інтеграції, етап технологічного прориву та інноваційно-телеметричний етап. Надано розгорнуті характеристики кожного з етапів, що надало змогу прослідкувати історичну логіку розвитку медичної реабілітації й зміну державних пріоритетів та інституційних підходів до управління у цій сфері.

Означено особливості інноваційно-телеметричного етапу публічного управління у сфері медичної реабілітації, який характеризується впровадженням передових технологій, що дозволяють підвищити ефективність управління, доступність, якість та ефективність реабілітаційних послуг шляхом використання можливостей: телеметрії (телемедицина, телереабілітація, відеоконсультації); штучного інтелекту (аналіз великих даних, прогнозування результатів); цифрових пристроїв і програмного забезпечення для персоналізації даних і автоматизації процесів діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів (роботизація процесів реабілітації, електронні медичні записи, оптимізація використання ресурсів тощо), що дозволяє здійснювати дистанційний

моніторинг, консультування та контроль за станом здоров'я пацієнтів у реальному часі, а впроваджувати імерсійні технології в процес реабілітації пацієнтів та навчання медичного персоналу.

Окреслена роль держави у питаннях організації реабілітації та надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я, забезпеченні комплексного підходу до інтеграції біопсихосоціальної моделі реабілітації в систему охорони здоров'я, яка є багатоаспектною і включає законодавче регулювання, фінансування, організаційні заходи, підготовку кадрів, використання сучасних технологій, моніторинг ефективності, соціальну підтримку та міжнародне співробітництво. Всі ці заходи спрямовані на забезпечення доступу до якісних реабілітаційних послуг для всіх громадян, що сприяє покращенню їхнього здоров'я та якості життя. Обґрунтовано, що держава відіграє важливу роль у підтримці новацій у сфері медичної реабілітації через фінансування, створення законодавчих та організаційних умов, а також сприяння розвитку нових технологій і методів лікування шляхом впровадження інноваційних технологій.

У розділі 2 «Сучасний стан системи публічного управління у сфері медичної реабілітації» проаналізовано стан нормативно-правового, організаційного та інноваційно-інформаційного забезпечення публічного управління системою медичної реабілітації в Україні в умовах цифровізації, висвітлено світовий досвід публічного управління у сфері медичної реабілітації в умовах розвитку електронної медицини та визначено вплив публічного управління на формування й розвиток біопсихосоціальної моделі реабілітації.

Проаналізовано ключові директивні та програмно-цільові документи, що регламентують процеси цифровізації у сфері медичної реабілітації. Показано, що перші ознаки становлення публічного управління системою медичної реабілітації в УСРС прийшлися на 1917-1941 рр., а потім після отримання Україною суверенітету у грудні 1992 року Верховною Радою України був прийнятий Закон України №2801-XII «Основи законодавства України про охорону здоров'я» і потім у 2005 році – Закон України № 2961-VI «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні». Особливого розвитку питання

реабілітації набули з 2020 року після прийняття Закону України № 1053-ІХ «Про реабілітацію в сфері охорони здоров'я», який правові, організаційні та економічні засади проведення реабілітації особи з обмеженнями повсякденного функціонування у сфері охорони здоров'я з метою досягнення та підтримання оптимального рівня функціонування у її середовищі, що набули виняткового значення після початку повномасштабної війни. Означено, що система медичної реабілітації в Україні базується на постановах уряду та програмних документах з охорони здоров'я і реабілітації постраждалих, а також на міжнародних нормативних актах щодо стандартизації окремих положень з визначення, класифікації й функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я людей їх реабілітації тощо.

Обґрунтовано, що наразі необхідно прийняти та забезпечити реалізацію державних програм спрямованих на посилення заходів з медичної допомоги та медичної реабілітації населення, зокрема проєкту Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року, яка у сфері медичної реабілітації вимагає належного фінансового, матеріально-технічного, кадрового та іншого забезпечення, а також виконання широкого спектру завдань, що пов'язані з комплексною взаємодією органів публічного управління з громадськими вітчизняними й міжнародними організаціями, відомствами, товариствами, федераціями, центрами тощо. Визначено, що система охорони здоров'я у цілому та медична реабілітація, зокрема мають ґрунтуватися на цінностях орієнтованості на людей і захисту їх прав, справедливості і людського розвитку, людиноцентричності медичної допомоги на основі біопсихосоціальної (БПС) моделі котра передбачає, що усі аспекти життя людини мають вплив на її здоров'я, зокрема немедичні фактори та соціально-економічні детермінанти, що можуть впливати на захворювання та/ або одужання, мають бути враховані у процесі надання допомоги.

Проаналізовано зарубіжний досвід публічного управління у сфері медичної реабілітації. Ідентифіковано найкращі практики, які доцільно імплементувати до умов України, і які можуть слугувати важливим джерелом

підвищення стратегічних і проєктних компетентностей державних службовців та посадових осіб місцевого самоврядування, розвитку кадрового потенціалу та співпраці з усіма зацікавленими сторонами задля підтримки здоров'я нації. Виокремлено ключові напрями та можливості такої імплементації на регіональному рівні, серед яких: наближення вітчизняної нормативної бази до європейського законодавства; налагодження ефективної співпраці з міжнародними інституціями та громадськими організаціями для спільного розвитку на засадах публічно-приватного партнерства госпітальних округів, кластерних та надкластерних закладів охорони здоров'я у напрямі медичної реабілітації; розбудови та модернізації реабілітаційної інфраструктури; удосконалення діяльності закладів вищої медичної освіти у напрямі уточнення спеціальностей і спеціалізації з урахуванням потреби підготовки професіоналів у сфері медичної реабілітації, перегляд змісту навчальних програм та забезпечення участі у програмах академічної мобільності як здобувачів медичної освіти, так і викладачів задля їх професійного зростання тощо. Надано рекомендації щодо імплементації зарубіжного досвіду та кращих практик у зазначених напрямках.

Акцентовано на тому, що наразі перед українською системою медичної реабілітації багато викликів – сфера охорони здоров'я зазнала значних втрат, руйнувань та збитків унаслідок повномасштабного російського вторгнення рф на територію України, та знаходиться у майже кризовому стані. Кожен день продовження війни приносить нові проблеми та ставить нові завдання у сфері медичної реабілітації. Зроблено висновок, що під час війни державна підтримка у сфері медичної реабілітації має здійснюватися спрямовуватися, насамперед, на відновлення не лише фізичного, але й психологічного, емоційного та ментального здоров'я нації, що лежить в основі.

Доведено, що людиноцентричність медичної допомоги на основі біопсихосоціальної (БПС) моделі є ефективним підходом до надання медичних послуг у сфері реабілітації, що враховує всі аспекти життя пацієнта. Цей підхід сприяє поліпшенню якості реабілітаційних послуг, результатів реабілітації, задоволенню пацієнтів та зменшенню витрат на охорону здоров'я. Для успішної

реалізації цього підходу необхідні координація зусиль різних фахівців, залучення пацієнтів до процесу прийняття рішень та підтримка з боку держави та медичних установ.

У третьому розділі роботи «Шляхи підвищення ефективності публічного управління діяльністю закладів з медичної реабілітації в Україні» обґрунтовано, що при трансформації системи публічного управління в сфері охорони здоров'я та реабілітації постраждалих доцільно застосувати кластерний та проєктний підходи, надано пропозиції з удосконалення системи публічного управління у сфері медичної реабілітації на основі впровадження методології управління проєктами на рівні стратегії розвитку реабілітаційних кластерів у межах госпітальних округів через застосування інноваційних технологій на засадах публічно-приватного партнерства.

Доведено, що кластерний підхід є ефективним стратегічним напрямом для трансформації системи охорони здоров'я та реабілітації в Україні. Він сприяє покращенню якості медичних послуг, підвищенню ефективності використання ресурсів та стимулює інноваційний розвиток. Визначено, що впровадження кластерного підходу та створення реабілітаційного кластеру вимагає активної підтримки держави, співпраці з приватним сектором, громадянським суспільством та міжнародними партнерами, а також створення сприятливих умов для розвитку інноваційних проєктів.

Визначено, що «реабілітаційний кластер» – це система споживачів, постачальників, виробників, інфраструктурних об'єктів, освітніх та дослідницьких інститутів в межах визначеного госпітального округу, які взаємодіють у процесі діяльності щодо забезпечення якнайбільш повного відновлення (або максимальної компенсації) функцій, здібностей і здатностей індивідуума, втрачених унаслідок негативної дії різних за своєю природою чинників. Зазначено, що розуміння сутності поняття «реабілітаційний кластер» сприятиме створенню належного реабілітаційного середовища на основі використання кластерного і проєктного підходів в умовах широкого

застосування інноваційних технологій та з урахуванням кращих вітчизняних і міжнародних практик.

Проаналізовано сучасний стан та проблеми реалізації проєктів і програм розвитку системи медичної реабілітації на регіональному та місцевому рівнях. Показано, що основною проблемою, зокрема, під час дії режиму воєнного стану, є недостатнє фінансування та слабкість матеріально-технічного забезпечення цієї системи та її інфраструктури, що наразі є ключовим обмеженням для реалізації суспільно-важливих проєктів і програм у сфері реабілітації ветеранів та інвалідів війни, розвитку рухової активності тощо, тому пошук шляхів залучення додаткового фінансування для таких проєктів та максимальне сприяння їх реалізації є одним із найважливіших завдань регіональних органів публічного управління.

Обґрунтовано, що удосконалення системи публічного управління у сфері медичної реабілітації є складним та багатогранним завданням, яке потребує застосування ефективної методології управління проєктами починаючи з чіткого визначення цілей та завдань і застосування гнучких та каскадних моделей, дотримання алгоритму й етапізації розробки та реалізації проєкту на основі використання сучасних інструментів та технологій і завершуючи моніторингом, оцінкою й визначенням напрямів удосконалення проєкту. Акцентовано, що успішне впровадження методології управління проєктами у сфері медичної реабілітації вимагає системного підходу, ефективної комунікації та постійного вдосконалення процесів на основі аналізу та зворотного зв'язку.

Показано, що одним із сучасних інструментів забезпечення успішності публічного управління є взаємодія органів публічного управління регіонального рівня та органів місцевого самоврядування з бізнесом та громадськими організаціями, роль яких останнім часом підвищується, на засадах публічно-приватного партнерства. Акцентовано на тому, що налагодження системи конструктивної взаємодії між ключовими стейкхолдерами сфери медичної реабілітації на регіональному рівні має великий потенціал для розвитку реабілітації в Україні. Ключовими завданнями такої взаємодії є створення

сприятливих умов розвитку медичної реабілітації шляхом реалізації відповідних проєктів та програм, формування спільних робочих груп (проєктних команд), забезпечення належного фінансування. Розроблено рекомендації щодо організації та підвищення ефективності взаємодії органів публічного управління з різними стейкхолдерами на засадах публічно-приватного партнерства.

Обґрунтовано, що комплексне застосування кластерного і проєктного підходів може мати значні синергетичні ефекти для удосконалення системи публічного управління у сфері медичної реабілітації, зокрема щодо: ідентифікація потреб і можливостей різних установ, організацій та підприємств, що займаються медичною реабілітацією, в одній групі; спільного планування та реалізація проєктів; ефективного використання ресурсів; стимулювання інновацій; удосконалення організаційної культури установ та підвищення доступності та ефективності реабілітаційних послуг. Зазначено основні напрями використання інноваційно-телеметричних та імерсійних технологій на рівні технологічних та інноваційних парків задля здійснення медичної реабілітації в межах реабілітаційних кластерів та ефективного управління цим процесом.

Основні результати, що характеризують елементи наукової новизни:

вперше:

– розроблено методологічні положення формування й реалізації комплексу запропонованих взаємопов'язаних нормативних актів, зокрема Національної програми розвитку мережі реабілітаційних кластерів в Україні та проєкт створення Реабілітаційного кластера як структурно-функціональної одиниці цієї програми в частині провадження інфраструктурного етапу трансформації охорони здоров'я України та в межах діяльності медичної платформи Українського кластерного альянсу, у вимірі досягнення стратегічних цілей визначених Національною стратегією із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року запропоновано Реабілітаційну стратегію охорони здоров'я, що систематизує та поєднує різні аспекти даних документів у напрямі ефективного здійснення реабілітаційних заходів з використання інноваційно-телеметричних та імерсійних технологій на засадах кластеризації та

проектного підходу до публічного управління системою охорони здоров'я у сфері медичної реабілітації;

удосконалено:

– методологічне та організаційне забезпечення комплексного запровадження кластерного та проектних підходів до реформування системи публічного управління у сфері медичної реабілітації, зокрема: кластерний підхід надав змогу визначити, що створення реабілітаційних кластерів – це одна з стратегічних цілей реформування у сфері медичної реабілітації та розробити на цій основі пропозиції з формування регіонального портфелю проектів (для чого розроблено відповідну матричну модель) задля реалізації цієї цілі; проектний підхід використано для оцінювання соціальної корисності сформованого портфелю проектів, що надає можливість впливати на ефективність реабілітаційного кластеру (для чого запропоновано відповідну математичну модель), саме синергія кластерного і проектних підходів значно збільшує ефективність реформ, покращує якість обслуговування та сприяє сталому розвитку сфери медичної реабілітації та охорони здоров'я в цілому;

– наукові підходи до визначення напрямів використання інноваційно-телеметричних та імерсійних технологій до реформування системи публічного управління у сфері медичної реабілітації через: покращення реабілітаційних процесів; запровадження електронної медичної документації та управління інформацією; забезпечення доступності реабілітаційних послуг через засоби телеметрії та мобільні додатки; управління якістю та ефективністю медичної реабілітації; підвищення рівня професіоналізму медичного персоналу, які доцільно впроваджувати зважаючи на умови формування та функціонування реабілітаційного кластеру та інноваційних і технологічних підрозділів (технопарки, інноваційні парки, технологічні зони та майданчики) у його структурі, на засадах публічно-приватного партнерства, що пришвидшить процес реформування та поліпшить його ефективність;

набули подальшого розвитку:

– науково-теоретичні підходи до уточнення окремих дефініцій, що утворюють категорійно-понятійний апарат публічного управління у сфері охорони здоров'я та реабілітації, зокрема розмежовано та уточнено зміст дефініцій «державне управління у сфері охорони здоров'я» «публічне управління у сфері охорони здоров'я», «публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я», також запропоновано трактувати: «медичну реабілітацію» як комплекс заходів, у вигляді медичної допомоги та/або послуги з медичного обслуговування населення, що надається професійно підготовленими медичними працівниками, яких потребує особа, яка зазнає або може зазнавати обмеження повсякденного функціонування внаслідок стану здоров'я у взаємодії з її середовищем та «публічне управління медичною реабілітацією» як комплексний вплив інститутів державної влади, місцевого самоврядування та громадянського суспільства на суб'єкти національної системи охорони здоров'я, які здійснюють свою діяльність з метою забезпечення як найбільш повного відновлення (або максимальної компенсації) функцій, здібностей і здатностей індивідуума, що були втрачені унаслідок дії різних негативних чинників; «реабілітаційний кластер», як систему споживачів, постачальників, виробників, інфраструктурних об'єктів, освітніх та дослідницьких інститутів в межах визначеного госпітального округу, які взаємодіють у процесі діяльності щодо забезпечення якнайбільш повного відновлення (або максимальної компенсації) функцій, здібностей і здатностей індивідуума, втрачених унаслідок негативної дії різних за своєю природою чинників;

– узагальнення наукових поглядів та підходів до визначення термінів: «форми публічного управління сферою охорони здоров'я» як зовнішній прояв функцій впливу інститутами державної влади, місцевого самоврядування та громадянського суспільства на суб'єкти національної системи охорони здоров'я, основною метою яких є зміцнення, відновлення або підтримка здоров'я громадян; та «форми публічного управління у сфері медичної реабілітації в умовах інноваційного розвитку», як це зовнішня оболонка діяльності управлінсько-організаційних структур, що забезпечується комплексом

нормативно-правових, організаційних функціональних, соціально-економічних, соціально-психологічних, морально-етичних, духовних, інформаційних та інших аспектів здійснення медичної реабілітації та наповнюють цю оболонку змістом, що надає змогу адекватно реагувати на зовнішні й внутрішні зміни в умовах трансформації системи публічного управління охороною здоров'я та забезпечувати з метою зміцнення, відновлення або підтримка здоров'я громадян»;

– наукові підходи до розкриття сутності форми й змісту публічного управління через їх класифікацію за наступними ознаками: за способом здійснення влади - централізована або децентралізована форма управління; за структурою - бюрократична, мережева, процедурна тощо; за масштабом – місцева, муніципальна, регіональна, національна, наднаціональна; за цільовою спрямованістю у сферах діяльності: економіки, охорони здоров'я, освіти, соціального забезпечення та захисту населення, екології, безпеки тощо; за способом застосування технологій – електронне врядування, smart-менеджмент (smart-урбаністика, аналіз великих даних) цифрові технології та обґрунтовано, що інноваційно-технологічні форми публічного управління не лише допомагають покращити ефективність та доступність системи, але й сприяють розвитку більш відкритого та транспарентного уряду;

– теоретичні підходи щодо визначення етапів розвитку публічного управління у сфері медичної реабілітації, а саме: визначено такі етапи – етап раннього становлення, етап післявоєнного розвитку, етап інституційного розвитку та професіоналізації, етап реформування та соціальної інтеграції, етап технологічного прориву, інноваційно-телеметричний етап та означено особливості інноваційно-телеметричного етапу, який характеризується впровадженням інноваційних технологій та використанням телеметрії для підвищення ефективності системи управління задля забезпечення якості та доступності реабілітаційних послуг і представляє собою інтеграцію електронних, телеметричних і цифрових технологій (е-медицина, телемедицина, цифрові пристрої та програмне забезпечення, штучний інтелект), що дозволяє:

оптимізувати процес управління реабілітаційним закладом, здійснювати дистанційний моніторинг, консультування та контроль за процесами реабілітації та станом здоров'я пацієнтів у реальному часі; запропонувати напрями використання імерсійних технологій в процесі реабілітації пацієнтів і підвищення кваліфікації медичного персоналу з реабілітації.

Ключові слова: публічне управління; місцеве самоврядування; регіональний розвиток; державне управління; децентралізація управління; моніторинг; цифрові технології; електронна система охорони здоров'я, е-врядування, е-медицина; інформаційно-телекомунікаційні технології; регіон; міжнародна співпраця; євроінтеграція; кластер; технопарк; інновації; програма; проєктний підхід; портфель проєктів; інфраструктурний проєкт; стратегія розвитку; управління проєктами; реабілітаційний кластер; післявоєнне відновлення.

ABSTRACT

Sokolovsky Serhiy Serhiyovych. Improvement of the medical rehabilitation system in Ukraine: public and administrative aspect. – Qualifying scientific work on manuscript rights.

Dissertation for obtaining the degree of Doctor of Philosophy in the field of knowledge 28 "Public management and administration" in the specialty 281 "Public management and administration". - National Technical University "Dnipro Polytechnic", Ministry of Education and Science of Ukraine, Dnipro, 2024.

The dissertation is a completed research work in which the scientific task of public administration is formulated and solved, which consists in substantiating theoretical provisions and developing practical recommendations for improving the system of public administration in the field of medical rehabilitation on the basis of the complex use of scientific approaches, methods, tools and the development of methodologies -technological support for their implementation in the researched area.

In the first chapter of the work "Theoretical foundations of public management in the field of health care in Ukraine" the essence and content of the system of public management of health care in Ukraine, the main stages of the formation and development of the system of public management of the public practice of medical rehabilitation, and the peculiarities of public management of the processes of medical rehabilitation in the context of ensuring the viability of the population.

The scientific-theoretical approaches to the clarification of certain terms that form the categorical-conceptual apparatus of public administration in the field of health care and, in particular, medical rehabilitation, are generalized. The concepts of "state administration in the sphere of health care", "public administration in the sphere of health care" and "public administration in the sphere of health care" were delineated according to their essential features, and their content was clarified. In accordance with the topic of the research, the author's definition of the definitions is given: "medical rehabilitation" as a set of measures, in the form of medical assistance and/or services for medical care of the population, provided by professionally trained medical workers, which are needed by a person who experiences or may experience limitations in daily functioning as a result of the state of health in interaction with its environment and "public management of medical rehabilitation" as a complex influence of institutions of state power, local self-government and civil society on subjects of the national health care system, which carry out their activities with the aim of ensuring the most complete recovery (or maximum compensation) of the individual's functions, abilities and capabilities, which were lost as a result of various negative factors.

The essence of the terms: "forms of public management in the field of health care" is determined as an external manifestation of the functions of the influence of the institutions of state power, local self-government and civil society on the subjects of the national health care system, the main purpose of which is to strengthen, restore or maintain health I citizens; and "forms of public management in the field of medical rehabilitation in the conditions of innovative development", as the outer shell of management and organizational structures, which is provided by a complex of regulatory and legal, organizational functional, socio-economic, socio-psychological,

moral and ethical, spiritual, informational and other aspects of the implementation of medical rehabilitation and fill this envelope with content that allows to adequately respond to external and internal changes in the conditions of the transformation of the system of public health care management and to provide for the purpose of strengthening, restoring or maintaining the health of citizens".

The proposed author's classification of forms of public administration according to the following characteristics: according to the way power is exercised; by structure; by scale; by target orientation in spheres of activity; according to the method of application of technologies. Innovative technological forms manifested through electronic governance, smart management (smart urbanism, big data analysis) digital technologies are characterized and it is substantiated that innovative technological forms of public administration not only help to improve the efficiency and accessibility of the system, but also contribute to the development of more open and transparent government.

It was concluded that the use of the specified terminology will contribute to the improvement of the unequivocal understanding of the problems that exist in the field of medical rehabilitation and ways of solving them at the level of public administration bodies, stakeholders and civil society, and the use of innovative and technological forms of public administration will help not only to improve efficiency and accessibility system, but will also contribute to the development of a more open and transparent government.

It was determined that the genesis of public management of the public practice of medical rehabilitation in the health care system during the period from the beginning of the 20th to the beginning of the 21st century went through several key stages, each of which reflects a change in paradigms in the approaches to health care management and the provision of medical services. The following stages are distinguished: the stage of early formation, the stage of post-war development, the stage of institutional development and professionalization, the stage of systemic reform and social integration, the stage of technological breakthrough, and the innovation-telemetry stage. Detailed characteristics of each of the stages are provided,

which made it possible to follow the historical logic of the development of medical rehabilitation and the change of state priorities and institutional approaches to management in this area.

The features of the innovative telemetric stage of public management in the field of medical rehabilitation are defined, which is characterized by the introduction of advanced technologies that allow to increase the efficiency of management, accessibility, quality and efficiency of rehabilitation services by using the possibilities of: telemetry (telemedicine, telerehabilitation, video consultations); artificial intelligence (big data analysis, prediction of results); digital devices and software for personalizing data and automating the processes of diagnosis, treatment and rehabilitation of patients (robotics of rehabilitation processes, electronic medical records, optimization of resource use, etc.), which allows remote monitoring, consultation and control of patients' health in real time , and to implement immersion technologies in the process of rehabilitation of patients and training of medical personnel.

The role of the state in matters of organizing rehabilitation and providing rehabilitation assistance in the field of health care, providing a comprehensive approach to the integration of the biopsychosocial model of rehabilitation into the health care system, which is multifaceted and includes legislative regulation, financing, organizational measures, personnel training, use modern technologies, performance monitoring, social support and international cooperation. All these measures are aimed at ensuring access to quality rehabilitation services for all citizens, which contributes to improving their health and quality of life. It is substantiated that the state plays an important role in supporting innovations in the field of medical rehabilitation through financing, creating legislative and organizational conditions, as well as promoting the development of new technologies and methods of treatment through the introduction of innovative technologies.

Chapter 2 "The current state of public management of medical rehabilitation in the health care system of Ukraine" analyzes the state of regulatory and organizational support for public management of the medical rehabilitation system in Ukraine in

conditions of digitalization, highlights the global experience of public management in the field of medical rehabilitation in the conditions of the development of electronic of medicine, and the influence of public administration on the formation and development of the biopsychosocial model of rehabilitation is determined.

The key directive and program-target documents in the field of medical rehabilitation were analyzed. It is shown that the first signs of the formation of public management of the medical rehabilitation system in the USSR occurred in 1917-1941, and then after Ukraine gained sovereignty in December 1992, the Verkhovna Rada of Ukraine adopted Law of Ukraine No. 2801-XII "Basics of Ukrainian legislation on health care" I" and then in 2005 - Law of Ukraine No. 2961-VI "On Rehabilitation of Persons with Disabilities in Ukraine". The issue of rehabilitation has gained special development since 2020 after the adoption of Law of Ukraine No. 1053-IX "On Rehabilitation in the Health Care Sector", which lays down the legal, organizational and economic principles of rehabilitation of persons with limitations in everyday functioning in the health care sector with the aim of achieving and maintaining an optimal level of functioning in its environment, which have become extremely important after the start of a full-scale war. It was determined that the system of medical rehabilitation in Ukraine is based on government regulations and program documents on health care and rehabilitation of victims, as well as on international normative acts on the standardization of certain provisions on the definition, classification and functioning, restrictions on life activities and the health of people and their rehabilitation etc.

It is justified that it is currently necessary to adopt and ensure the implementation of state programs aimed at strengthening measures for medical assistance and medical rehabilitation of the population, in particular the project of the Strategy for the Development of the Health Care System for the period until 2030, which in the field of medical rehabilitation requires adequate financial, material and technical , personnel and other support, as well as the performance of a wide range of tasks related to the complex interaction of public administration bodies with public domestic and international organizations, departments, societies, federations, centers,

etc. It was determined that the health care system as a whole and medical rehabilitation, in particular, should be based on the values of orientation to people and protection of their rights, justice and human development, human-centeredness of medical care based on the biopsychosocial (BPS) model, which assumes that all aspects of human life have an impact on her health, in particular, non-medical factors and socio-economic determinants that may affect illness and/or recovery, should be taken into account in the process of providing care.

The foreign experience of public administration in the field of medical rehabilitation is analyzed. The best practices that should be implemented under the conditions of Ukraine and which can serve as an important source of increasing the strategic and project competences of civil servants and local self-government officials, the development of personnel potential and cooperation with all interested parties to support the health of the nation have been identified. The key directions and possibilities of such implementation at the regional level are singled out, including: approximation of the domestic regulatory framework to European legislation; establishment of effective cooperation with international institutions and public organizations for joint development on the basis of public-private partnership of hospital districts, cluster and super-cluster health care institutions in the direction of medical rehabilitation; development and modernization of the rehabilitation infrastructure; improving the activities of higher medical education institutions in the direction of clarifying specialties and specialization, taking into account the need for training professionals in the field of medical rehabilitation, revising the content of educational programs and ensuring participation in academic mobility programs of both medical students and teachers for their professional growth, etc. Recommendations are provided on the implementation of foreign experience and best practices in the specified directions.

Emphasis is placed on the fact that currently the Ukrainian medical rehabilitation system faces many challenges - the health care sector has suffered significant losses, destruction and damages as a result of the full-scale Russian invasion of the Russian Federation on the territory of Ukraine, and is in an almost

crisis state. Every day the continuation of the war brings new problems and poses new tasks in the field of medical rehabilitation. It was concluded that during the war, state support in the field of medical rehabilitation should be directed, first of all, to the restoration of not only physical, but also psychological, emotional and mental health of the nation, which is the basis.

It has been proven that human-centered medical care based on the biopsychosocial (BPS) model is an effective approach to the provision of medical services in the field of rehabilitation, which takes into account all aspects of the patient's life. This approach contributes to improving the quality of rehabilitation services, rehabilitation outcomes, patient satisfaction and reducing health care costs. For the successful implementation of this approach, coordination of efforts of various specialists, involvement of patients in the decision-making process, and support from the state and medical institutions are necessary.

In the third section of the work "Ways to improve the efficiency of public management of the activities of medical rehabilitation institutions in Ukraine", it is substantiated that in the transformation of the system of public management in the field of health care and rehabilitation of victims, it is advisable to apply cluster and project approaches, proposals for improving the system of public management in the field of medical rehabilitation based on the implementation of project management methodology at the level of the strategy for the development of rehabilitation clusters within hospital districts through the use of innovative technologies on the basis of public-private partnership.

It has been proven that the cluster approach is an effective strategic direction for the transformation of the healthcare and rehabilitation system in Ukraine. It helps improve the quality of medical services, increase the efficiency of resource use, and stimulates innovative development. It was determined that the implementation of a cluster approach and the creation of a rehabilitation cluster requires active support of the state, cooperation with the private sector, civil society and international partners, as well as the creation of favorable conditions for the development of innovative projects.

It was determined that a "rehabilitation cluster" is a system of consumers, suppliers, producers, infrastructure facilities, educational and research institutes within a defined hospital district, which interact in the process of activities to ensure the most complete restoration (or maximum compensation) of functions, abilities and abilities of the individual, lost as a result of the negative effect of factors of different nature. It is noted that understanding the essence of the concept of "rehabilitation cluster" will contribute to the creation of a proper rehabilitation environment based on the use of cluster and project approaches in the conditions of wide application of innovative technologies and taking into account the best domestic and international practices.

The current state and problems of the implementation of projects and programs for the development of the medical rehabilitation system at the regional and local levels are analyzed. It is shown that the main problem, in particular, during the martial law regime, is insufficient funding and the weakness of the material and technical support of this system and its infrastructure, which is currently a key limitation for the implementation of socially important projects and programs in the field of rehabilitation of war veterans and disabled people , development of motor activity, etc., therefore, finding ways to attract additional funding for such projects and maximally facilitating their implementation is one of the most important tasks of regional public administration bodies.

It is substantiated that the improvement of the public management system in the field of medical rehabilitation is a complex and multifaceted task that requires the application of an effective project management methodology, starting with a clear definition of goals and objectives and the use of flexible and cascade models, compliance with the algorithm and phasing of project development and implementation based on the use of modern tools and technologies and ending with monitoring, evaluation and determination of directions for improvement of the project. It is emphasized that the successful implementation of project management methodology in the field of medical rehabilitation requires a systematic approach, effective communication and constant improvement of processes based on analysis and feedback.

It is shown that one of the modern tools for ensuring the success of public administration is the interaction of public administration bodies at the regional level and local self-government bodies with business and public organizations, the role of which has been increasing recently, on the basis of public-private partnership. It is emphasized that the establishment of a system of constructive interaction between key stakeholders in the field of medical rehabilitation at the regional level has great potential for the development of rehabilitation in Ukraine. The key tasks of such interaction are the creation of favorable conditions for the development of medical rehabilitation through the implementation of relevant projects and programs, the formation of joint working groups (project teams), and the provision of adequate funding. Recommendations have been developed for the organization and improvement of the effectiveness of the interaction of public administration bodies with various stakeholders on the basis of public-private partnership.

It is substantiated that the complex application of cluster and project approaches can have significant synergistic effects for improving the system of public management in the field of medical rehabilitation, in particular regarding: identification of needs and opportunities of various institutions, organizations and enterprises engaged in medical rehabilitation in one group; joint planning and implementation of projects; effective use of resources; stimulation of innovations; improving the organizational culture of institutions and increasing the availability and efficiency of rehabilitation services. The main directions of using innovative telemetry and immersion technologies at the level of technological and innovation parks for the implementation of medical rehabilitation within rehabilitation clusters and effective management of this process are indicated.

The main results characterizing the elements of scientific novelty:

for the first time:

– developed methodological provisions for the formation and implementation of a set of proposed interrelated normative acts, in particular the National Program for the Development of the Network of Rehabilitation Clusters in Ukraine and the project for the creation of the Rehabilitation Cluster as a structural and

functional unit of this program as part of the implementation of the infrastructural stage of the transformation of healthcare in Ukraine and within the scope of activities of the medical platform of the Ukrainian Cluster Alliance, in order to achieve the strategic goals defined by the National Strategy for the creation of a barrier-free space in Ukraine for the period up to 2030, the Rehabilitation Strategy of Health Care is proposed, which systematizes and combines various aspects of these documents in the direction of effective implementation of rehabilitation measures with the use of innovative telemetry and immersion technologies based on clustering and a project approach to public management of the health care system in the field of medical rehabilitation;

improved:

– methodological and organizational support for the complex implementation of cluster and project approaches to the reform of the public management system in the field of medical rehabilitation, in particular: the cluster approach made it possible to determine that the creation of rehabilitation clusters is one of the strategic goals of reforming in the field of medical rehabilitation and to develop proposals on this basis from the formation of a regional portfolio of projects (for which a corresponding matrix model has been developed) to realize this goal; the project approach was used to assess the social usefulness of the formed portfolio of projects, which provides an opportunity to influence the efficiency of the rehabilitation cluster (for which a corresponding mathematical model is proposed), it is the synergy of the cluster and project approaches that significantly increases the effectiveness of reforms, improves the quality of service and contributes to the sustainable development of the field of medical rehabilitation and health care in general;

– scientific approaches to determining the directions of using innovative telemetry and immersion technologies to reform the system of public management in the field of medical rehabilitation through: improvement of rehabilitation processes; introduction of electronic medical documentation and information management; ensuring the availability of rehabilitation services through telemetry and mobile applications; management of the quality and efficiency of medical rehabilitation;

increasing the level of professionalism of the medical staff, which should be implemented taking into account the conditions for the formation and functioning of the rehabilitation cluster and innovative and technological units (technology parks, innovation parks, technological zones and sites) in its structure, on the basis of public-private partnership, which will speed up the reform process and improve its effectiveness;

acquired further development:

– scientific-theoretical approaches to the clarification of individual definitions that form the categorical and conceptual apparatus of public administration in the sphere of health care and rehabilitation, in particular, the content of the definitions "state administration in the sphere of health care" and "public administration in the sphere of health care" were delineated and clarified "I", "public administration in the field of health care", it is also proposed to interpret: "medical rehabilitation" as a set of measures, in the form of medical assistance and/or services for medical care of the population, provided by professionally trained medical workers, which a person needs, which experiences or may experience limitations in daily functioning as a result of the state of health in interaction with its environment and "public management of medical rehabilitation" as a complex influence of institutions of state power, local self-government and civil society on subjects of the national health care system, which carry out their activities with the aim of ensuring the most complete restoration (or maximum compensation) of the functions, abilities and capabilities of the individual, which were lost as a result of the action of various negative factors; "rehabilitation cluster" as a system of consumers, suppliers, producers, infrastructure facilities, educational and research institutes within a defined hospital district, which interact in the process of activities to ensure the most complete restoration (or maximum compensation) of an individual's functions, abilities and capabilities, lost as a result of the negative impact of factors of different nature;

– generalization of scientific views and approaches to the definition of the terms: "forms of public management in the field of health care" as an external manifestation of the functions of the influence of institutions of state power, local self-government

and civil society on the subjects of the national health care system, the main purpose of which is to strengthen, restoration or maintenance of citizens' health; and "forms of public administration in the field of medical rehabilitation in the conditions of innovative development", as it is the outer shell of the activity of administrative and organizational structures, which is provided by a complex of regulatory and legal, organizational functional, socio-economic, socio-psychological, moral and ethical, spiritual and informational and other aspects of medical rehabilitation and fill this envelope with content that allows to adequately respond to external and internal changes in the conditions of the transformation of the system of public health care management and to provide for the purpose of strengthening, restoring or maintaining the health of citizens;

– scientific approaches to revealing the essence of the form and content of public administration through their classification according to the following characteristics: according to the method of exercising power - centralized or decentralized form of administration; by structure - bureaucratic, network, procedural, etc.; by scale – local, municipal, regional, national, supranational; by target orientation in the spheres of activity: economy, health care, education, social security and protection of the population, ecology, security, etc.; according to the method of application of technologies - electronic governance, smart-management (smart-urbanism, analysis of big data), digital technologies, and it is justified that innovative and technological forms of public administration not only help to improve the efficiency and accessibility of the system, but also contribute to the development of a more open and transparent government;

– theoretical approaches to determining the stages of development of public administration in the field of medical rehabilitation, namely: the following stages have been identified - the stage of early formation, the stage of post-war development, the stage of institutional development and professionalization, the stage of systemic reform and social integration, the stage of technological breakthrough, the innovation-telemetry stage and defined the features of the innovative telemetric stage, which is characterized by the introduction of innovative technologies and the use of telemetry

to increase the efficiency of the management system to ensure the quality and availability of rehabilitation services and represents the integration of electronic, telemetric and digital technologies (e-medicine, telemedicine, digital devices and software , artificial intelligence), which allows: to optimize the management process of the rehabilitation facility, to carry out remote monitoring, counseling and control of rehabilitation processes and the health status of patients in real time; to propose directions for the use of immersion technologies in the process of rehabilitation of patients and improvement of the qualifications of medical personnel in rehabilitation.

Keywords: public administration; Local Government; regional development; governance; decentralization of management; monitoring; digital technologies; electronic healthcare system, e-governance, e-medicine; information and telecommunication technologies; region; international cooperation; European integration; cluster; technology park; innovations; program; project approach; portfolio of projects; infrastructure project; development strategy; project management; rehabilitation cluster; post-war recovery.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Статті у наукових фахових виданнях України

1. Соколовський С. С. Розвиток медичної реабілітації в Україні: організаційно-правовий аспект. *Публічне адміністрування та національна безпека*. 2023. №7 (37). С. 7-15.

URL : <https://www.inter-nauka.com/uploads/public/16963306573253.pdf>

DOI : <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2023-7-9131>

2. 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.

URL : <https://www.inter-nauka.com/uploads/public/16998808384514.pdf>

DOI : <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2023-8-9176>

3. Соколовський С. С. Проектний підхід як інструмент розвитку медичної реабілітації в Україні: публічно-управлінський аспект. *Публічне адміністрування та національна безпека*. 2023. №10 (40). С.28-34.

URL : <https://www.inter-nauka.com/uploads/public/17036770301496.pdf>

DOI : <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2023-10-9421>

4. Соколовський С. С. Управління проектами реабілітаційних кластерів як один із факторів удосконалення системи медичної реабілітації в Україні: публічно-управлінський аспект. *Публічне адміністрування та національна безпека*. 2023. №11 (41). С.17-26.

URL : <https://www.inter-nauka.com/uploads/public/17054441386005.pdf>

DOI : <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2023-11-9474>

Опубліковані праці у виданнях апробаційного характеру

5. Соколовський С.С. Кластерний підхід в державному управлінні медичною реабілітацією як фактор забезпечення стійкості, розвитку та ревіталізації територій і громад в Україні. *Забезпечення стійкості, ревіталізації та розвитку територій і громад в Україні: матеріали наук.-практ. конф. за міжнар. участю, м. Дніпро, 4 травня 2023 р. / за заг. ред. І. А. Чикаренко; Т.В. Маматової. Дніпро: НТУ «Дніпровська політехніка». 2023. С. 200-202.*

URL : <https://palsg.nmu.org.ua/ua/Sci/konf/ConfDUMS-040523.pdf>

2. Соколовський С.С. Проектний підхід в сфері публічного управління медичною реабілітацією в Україні. *Молодь: наука та інновації: матеріали XI Міжнародної науково-технічної конференції студентів, аспірантів та молодих вчених, Дніпро, 22–24 листопада 2023 року: у 2-х т. / Національний технічний університет «Дніпровська політехніка». Дніпро: НТУ «ДП», 2023. Т. 2. С. 213-214.*

URL: <https://rmv.nmu.org.ua/ua/arkhiv-zbirok-konferentsiy/molod-nauka-ta-innovatsii-2023/molod-2023-vol2.pdf>

3. Соколовський С.С. Розвиток медичної реабілітації в Україні: проектний підхід. *Distance learning: problems, ways of development and the latest technologies:*

The XV International Scientific and Practical Conference, Munich, Germany.
December 25-27 2023. P.157-159 p.

URL: <https://eu-conf.com/ua/events/distance-learning-problems-ways-of-development-and-the-latest-technologies/>

ЗМІСТ

ВСТУП	30
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ	41
1.1. Сутність, зміст і форми публічного управління охороною здоров'я в Україні	41
1.2. Генеза публічного управління суспільною практикою медичної реабілітації в системі охорони здоров'я	65
1.3. Інституційне забезпечення системи публічного управління у сфері охорони здоров'я та медичної реабілітації	77
Висновки до розділу 1	100
РОЗДІЛ 2 СУЧАСНИЙ СТАН СИСТЕМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ	103
2.1. Нормативно-правове, організаційне та інноваційно-інформаційне забезпечення публічного управління у сфері медичної реабілітації в умовах цифровізації	103
2.2. Міжнародний досвід публічного управління у сфері медичної реабілітації в умовах розвитку електронної медицини	126
2.3. Вплив публічного управління на розвиток біопсихосоціальної моделі реабілітації як інструменту забезпечення життєдіяльності	143
Висновки до розділу 2	159
РОЗДІЛ 3 ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ	162
3.1. Кластерний підхід як напрям трансформації системи публічного управління у сферах охорони здоров'я та реабілітації	162
3.2. Методологія управління проєктами в контексті удосконалення системи публічного управління у сфері медичної реабілітації	173
3.3. Удосконалення системи публічного управління у сфері медичної	

реабілітації з використанням інноваційно-телеметричних й імерсійних технологій на засадах публічно-приватного партнерства	186
Висновки до розділу 3	205
ВИСНОВКИ	209
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	215
ДОДАТКИ	238

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...» [1]. 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 [1]. 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 [2].

Війна в Україні яка розпочалася у 2014 році й триває до теперішнього часу негативно вплинула на соціальний, економічний й морально-психологічний клімат в державі та стан здоров'я населення. А починаючи з 22 лютого 2024 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 військових дій на нашій території. 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, а сотні тисяч втратили здоров'я та благополуччя, отримали фізичні та психологічні травми, які вимагають лікування, протезування та медичної реабілітації.

Поряд з цим для частини населення певним викликом та загрозою для здоров'я, з початку 2020 року стала пандемія COVID19 й її вагомий вплив на збільшення кількості осіб з обмеженням життєдіяльності після лікування цього стану, що є не менш гострим фактором збільшення кількості населення, яке потребує реабілітаційної допомоги.

Також потрібно зазначити, що згідно статистичним дослідженням, серед найбільш гострих медичних причин настання обмеження життєдіяльності у людей в Україні є ішемічна хвороба серця та інсульт, який посідає 2-е місце у переліку головних причин смерті і є однією з провідних причин інвалідності в Україні. Це захворювання, як правило, може спричиняти параліч кінцівок, втрату зору, порушення ходи, мови та психічних функцій. Особливу тривогу викликає зростання частоти інсульту серед людей працездатного віку: близько третини всіх інсультів виникає у віці до 60 років, і лише невелика частка з тих, хто пережив інсульт, повертається до роботи.

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 контекстуальних факторів, мають бути забезпечені кваліфікованою реабілітаційною допомогою. Українська 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 живуть довше, але мають значно більші обмеження життєдіяльності [3].

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. Вирішення цих проблем є загальною метою та спільною ціллю людської спільноти на принципах гуманізму, поваги до людського життя та гідних умов життєдіяльності. Тому цілком зрозуміло, що 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,

проведення агресором нейро-когнітивної гібридної війни, на тлі світових пандемій, екологічних викликів, кризи політичного та економічного світоустрію.

Загальні питання публічного управління щодо удосконалення системи охорони здоров'я, у т.ч. різних аспектів у сфері реабілітації були об'єктом наукових пошуків таких українських авторів: Л.В. Антонової та Л.В. Козлової, В.В. Брич, В. І. Шевчук, Н.М. Беляєва, О. Б. Яворовенко, С.Г. Богданов, І.Р. Мисула, Т.Г. Бакалюк, А.О. Голяченко, Н.І. Сидлярук, Ю.В. Завіднюк, Л.М. Івашової, Ю.І. Мисула, М.С. Мисула, О.В. Яремчук та І.А. Берлінець, та ін.

Водночас, значний вклад у розвиток кластерного підходу в управлінні публічними структурами внесли зарубіжні науковці, як М. Портер, М. Енрайт, А. Маршалл та ін. Питання розробки кластерних структур в Україні були об'єктом змістовних досліджень українських вчених та експертів, як С. Соколенко, І. Чикаренко, О. Марухленко, О. Юрчак, А. Константінова та ін.

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

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертація виконана відповідно до плану науково-дослідних робіт кафедри державного управління і місцевого самоврядування ННІ державного управління НТУ «Дніпровська політехніка» за темами: «Забезпечення стійкості, реалізації та розвитку територій і громад в Україні» (номер державної реєстрації 0122U002375) та «Цифрова трансформація публічного управління» (номер державної реєстрації 0122U002236). У межах цих тем автором проведено дослідження щодо обґрунтування доцільності впровадження кластерного підходу в публічному управлінні медичною реабілітацією як чинника забезпечення стійкості, розвитку та ревіталізації територій і громад в Україні.

Мета і завдання дослідження. Метою дисертаційної роботи є обґрунтування теоретичних засад та розроблення науково-практичних

рекомендацій із удосконалення системи публічного управління у сфері медичної реабілітації в Україні задля підвищення її ефективності.

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

- провести бібліометричний аналіз та на цій основі розкрити сутність і охарактеризувати сутність, зміст і форми публічного управління охороною здоров'я в Україні;

- висвітлити етапи становлення та розвитку публічного управління суспільною практикою медичної реабілітації в системі охорони здоров'я;

- проаналізувати стан інституційного забезпечення системи публічного управління у сфері охорони здоров'я та медичної реабілітації;

- розкрити особливості нормативно-правового, організаційного та інноваційно-інформаційне забезпечення публічного управління у сфері медичної реабілітації в умовах цифровізації;

- висвітлити міжнародний і, зокрема, європейський досвід публічного управління у сфері медичної реабілітації та визначити можливості його імплементації в умовах розвитку електронної медицини;

- розкрити вплив публічного управління на розвиток біопсихосоціальної моделі реабілітації як дієвого інструменту забезпечення життєдіяльності;

- охарактеризувати кластерний та проєктний підходи в управлінні розвитком медичної реабілітації в умовах трансформації системи охорони здоров'я в Україні;

- визначити основні напрями удосконалення системи публічного управління у сфері медичної реабілітації з використанням інноваційно-телеметричних й імерсійних технологій на основі публічно-приватного партнерства.

Об'єктом дослідження є система публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні.

Предметом дослідження є удосконалення системи публічного управління у сфері медичної реабілітації.

Методи дослідження. Методологічною основою дослідження є загальнофілософські та загальнонаукові методи пізнання явищ і процесів у сфері публічного управління. У процесі дослідження було використано наступні наукові методи: *теоретичного узагальнення та групування, бібліометричного аналізу, 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 (п. 1.1 – 1.3), а також для визначення теоретичного підґрунтя основ кластеризації та проєктного підходу відносно системи публічного управління у сфері медичної реабілітації (п. 3.1, 3.2); *формалізації, аналізу та синтезу, статистичного спостереження, економічного аналізу, моделювання* – для оцінювання стану нормативно-правового, організаційного та інформаційного забезпечення процесів трансформації системи охорони здоров'я, зокрема у сфері медичної реабілітації (п. 2.1., 2.3), а також задля обґрунтування ідеї створення реабілітаційних кластерів, у контексті проєктного підходу етапі інфраструктурної трансформації системи охорони здоров'я в Україні (п. 3.3.); *індукції та дедукції, абстрагування, логічного узагальнення результатів* – для фіналізації певних етапів дослідження, вивчення світового досвіду у сфері медичної реабілітації (п. 3.2), розробки пропозицій і рекомендацій з удосконалення системи публічного управління у сфері медичної реабілітації, а також формулювання висновків за розділами та загальних висновків.

Інформаційною базою дослідження є нормативно-правові акти органів державної влади України, Європейського Союзу, міжнародних організацій (ООН, ВООЗ тощо), наукові та науково-публіцистичні матеріали українських і зарубіжних фахівців з окресленої проблематики, офіційні дані Міністерства охорони здоров'я України, Державної служби статистики України, Міністерства фінансів України, матеріали бібліометричних баз даних Web of Science, Scopus, Google Scholar, PubMed тощо.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у проведенні комплексного дослідження, в якому здійснені теоретичні та науково-практичні

обґрунтування напрямів удосконалення системи публічного управління у сфері медичної реабілітації в Україні, зокрема:

вперше:

– розроблено методологічні положення формування й реалізації комплексу запропонованих взаємопов'язаних нормативних актів, зокрема Національної програми розвитку мережі реабілітаційних кластерів в Україні та проєкт створення Реабілітаційного кластера як структурно-функціональної одиниці цієї програми в частині провадження інфраструктурного етапу трансформації охорони здоров'я України та в межах діяльності медичної платформи Українського кластерного альянсу, у вимірі досягнення стратегічних цілей визначених Національною стратегією із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року запропоновано Реабілітаційну стратегію охорони здоров'я, що систематизує та поєднує різні аспекти даних документів у напрямі ефективного здійснення реабілітаційних заходів з використання інноваційно-телеметричних та імерсійних технологій на засадах кластеризації та проєктного підходу до публічного управління системою охорони здоров'я у сфері медичної реабілітації;

удосконалено:

– методологічне та організаційне забезпечення комплексного запровадження кластерного та проєктного підходів до реформування системи публічного управління у сфері медичної реабілітації, зокрема: кластерний підхід надав змогу визначити, що створення реабілітаційних кластерів – це одна з стратегічних цілей реформування у сфері медичної реабілітації та розробити на цій основі пропозиції з формування, регіонального портфелю проєктів (для чого розроблено відповідну матричну модель) задля реалізації цієї цілі; проєктний підхід використано для оцінювання соціальної корисності сформованого портфелю проєктів, що надає можливість впливати на ефективність реабілітаційного кластеру (для чого запропоновано відповідну математичну модель), саме синергія кластерного і проєктного підходів значно збільшує

ефективність реформ, покращує якість обслуговування та сприяє сталому розвитку сфери медичної реабілітації та охорони здоров'я в цілому;

– наукові підходи до визначення напрямів використання інноваційно-телеметричних та імерсійних технологій до реформування системи публічного управління у сфері медичної реабілітації через: покращення реабілітаційних процесів; запровадження електронної медичної документації та управління інформацією; забезпечення доступності реабілітаційних послуг через засоби телеметрії та мобільні додатки; управління якістю та ефективністю медичної реабілітації; підвищення рівня професіоналізму медичного персоналу, які доцільно впроваджувати зважаючи на умови формування та функціонування реабілітаційного кластеру та інноваційних і технологічних підрозділів (технопарки, інноваційні парки, технологічні зони та майданчики) у його структурі, на засадах публічно-приватного партнерства, що пришвидшить процес реформування та поліпшить його ефективність;

набуло подальшого розвитку:

– науково-теоретичні підходи до уточнення окремих дефініцій, що утворюють категорійно-понятійний апарат публічного управління у сфері охорони здоров'я та реабілітації, зокрема розмежовано та уточнено зміст дефініцій «державне управління у сфері охорони здоров'я» «публічне управління у сфері охорони здоров'я», «публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я», також запропоновано трактувати: а) «медичну реабілітацію» як комплекс заходів, у вигляді медичної допомоги та/або послуги з медичного обслуговування населення, що надається професійно підготовленими медичними працівниками, яких потребує особа, яка зазнає або може зазнавати обмеження повсякденного функціонування внаслідок стану здоров'я у взаємодії з її середовищем; «публічне управління медичною реабілітацією» як комплексний вплив інститутів державної влади, місцевого самоврядування та громадянського суспільства на суб'єкти національної системи охорони здоров'я, які здійснюють свою діяльність з метою забезпечення як найбільш повного відновлення (або максимальної компенсації) функцій, здібностей і здатностей індивідуума, що

були втрачені унаслідок дії різних негативних чинників; «реабілітаційний кластер», як систему споживачів, постачальників, виробників, інфраструктурних об'єктів, освітніх та дослідницьких інститутів в межах визначеного госпітального округу, які взаємодіють у процесі діяльності щодо забезпечення якнайбільш повного відновлення (або максимальної компенсації) функцій, здібностей і здатностей індивідуума, втрачених унаслідок негативної дії різних за своєю природою чинників; «форми публічного управління сферою охорони здоров'я» як зовнішній прояв функцій впливу інститутами державної влади, місцевого самоврядування та громадянського суспільства на суб'єкти національної системи охорони здоров'я, основною метою яких є зміцнення, відновлення або підтримка здоров'я громадян; та «форми публічного управління у сфері медичної реабілітації в умовах інноваційного розвитку», як зовнішня оболонка діяльності управлінсько-організаційних структур, що забезпечується комплексом нормативно-правових, організаційних функціональних, соціально-економічних, соціально-психологічних, морально-етичних, духовних, інформаційних та інших аспектів здійснення медичної реабілітації та наповнюють цю оболонку змістом, що надає змогу адекватно реагувати на зовнішні й внутрішні зміни в умовах трансформації системи публічного управління охороною здоров'я та забезпечувати з метою зміцнення, відновлення або підтримка здоров'я громадян»;

– наукові підходи до розкриття сутності форми й змісту публічного управління через їх класифікацію за наступними ознаками: за способом здійснення влади - централізована або децентралізована форма управління; за структурою - бюрократична, мережева, процедурна тощо; за масштабом – місцева, муніципальна, регіональна, національна, наднаціональна; за цільовою спрямованістю у сферах діяльності: економіки, охорони здоров'я, освіти, соціального забезпечення та захисту населення, екології, безпеки тощо; за способом застосування технологій – електронне врядування, smart-менеджмент (smart-урбаністика, аналіз великих даних) цифрові технології та обґрунтовано, що інноваційно-технологічні форми публічного управління не лише

допомагають покращити ефективність та доступність системи, але й сприяють розвитку більш відкритого та транспарентного уряду;

– теоретичні підходи щодо етапів розвитку публічного управління у сфері медичної реабілітації, а саме: визначено такі етапи – етап раннього становлення, етап післявоєнного розвитку, етап інституційного розвитку та професіоналізації, етап системного реформування та соціальної інтеграції, етап технологічного прориву, інноваційно-телеметричний етап та означено особливості інноваційно-телеметричного етапу, який характеризується впровадженням інноваційних технологій та використанням телеметрії для підвищення ефективності системи управління задля забезпечення якості та доступності реабілітаційних послуг і представляє собою інтеграцію електронних, телеметричних і цифрових технологій (е-медицина, телемедицина, цифрові пристрої та програмне забезпечення), що дозволяє: оптимізувати процес управління реабілітаційним закладом, здійснювати дистанційний моніторинг, консультування та контроль за процесами реабілітації та станом здоров'я пацієнтів у реальному часі; запропонувати напрями використання імерсійних технологій в процесі реабілітації пацієнтів і підвищення кваліфікації медичного персоналу з реабілітації.

Особистий внесок здобувача. Дисертація є самостійно виконаним, завершеним науковим дослідженням. Усі наукові результати, викладені у роботі, отримані автором особисто і здобули апробацію та відображення в опублікованих працях. У дисертації не використовуються ідеї і розробки, що належать співавторам. Внесок автора в колективні наукові роботи конкретизовано у списку публікацій.

Практичне значення одержаних результатів. Основні теоретичні положення, висновки і пропозиції дисертаційної роботи мають практичне спрямування та забезпечують методологічне та емпіричне підґрунтя для розвитку, впровадження та підвищення ефективності публічного управління системою охорони здоров'я у сфері здійснення реабілітаційних заходів.

Практичне значення наукового дослідження полягає у розробці пропозицій з удосконалення системи публічного управління охороною здоров'я України у сфері медичної реабілітації, шляхом створення реабілітаційних кластерів, в тісній взаємодії державного сектору, місцевого самоврядування, громадянського суспільства, поєднанні їх можливостей та концентрації на завданнях із збереження та розвитку людського капіталу України, зокрема збільшення середньої тривалості життя та якості життя українців. Зокрема, пропозиції щодо формування реабілітаційного кластеру та застосування проєктного підходу, зокрема ветеранів війни, впроваджено у ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності Міністерства охорони здоров'я України» (Акт впровадження від 7 лютого 2024 р.) та в Дніпропетровській багатопрофільній клінічній лікарні з надання психіатричної допомоги, Дніпропетровському обласному госпіталі ветеранів війни Дніпропетровської обласної ради (Акт впровадження від 27 лютого 2024 р.).

Окремі положення, висновки та пропозиції що отримані за результатами дисертаційного дослідження щодо доцільності впровадження кластерного підходу в публічному управлінні медичною реабілітацією як чинника забезпечення стійкості, розвитку та ревіталізації територій і громад в Україні використано при формуванні звітів за НДР кафедри державного управління і місцевого самоврядування ННІ державного управління НТУ «Дніпровська політехніка» (довідка №12-34/85 від 21.02.2024 р.)

Також, положення дисертаційної роботи можуть знайти застосування в навчальному процесі під час викладання тем, що пов'язані із публічним управлінням, державним управлінням у сфері охорони здоров'я тощо, а також у науковій діяльності, зокрема, при розробці пропозицій щодо вдосконалення системи публічного управління у сфері медичної реабілітації або в інших сферах.

Апробація результатів дисертації. Результати дисертаційного дослідження апробовано на міжнародних науково-практичних конференціях: «Забезпечення стійкості, ревіталізації та розвитку територій і громад в Україні»!

(м. Дніпро, 4 травня 2023 р.); «Молодь: наука та інновації» (м. Дніпро, 22-24 листопада 2023 р.); «Distance learning: problems, ways of development and the latest technologies» (Munich, Germany, December 25-27 2023 р.).

Публікації. Результати дослідження опубліковано в 7 наукових працях загальним обсягом 3,6 друк. арк. (особистий внесок автора – 3,6 друк. арк.), серед яких: 4 статті у наукових фахових виданнях України та 3 публікацій у матеріалах міжнародних науково-практичних конференцій.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків і пропозицій, списку використаних джерел, додатків. Основний обсяг дисертації становить 214 сторінок друкованого тексту, у тому числі 15 таблиць, 5 рисунків. Список використаних джерел із 215 найменувань та 4 додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

1.1. Сутність, зміст і форми публічного управління охороною здоров'я в Україні

Універсальним ресурсом, збереження та відновлення якого забезпечує медицина, було і залишається здоров'я людини. Зрозуміло, що з урахуванням стрімкого розвитку технологій в усіх галузях життєдіяльності людини виникають нові загрози та виклики, що вимагають якісно нових підходів, у тому числі на управлінському та медико-соціальному напрямках, у тому числі і в сфері реабілітації населенні. Для України, що зазнала жорстокої агресії з боку РФ, це питання не лише збереження життя та здоров'я людей, а виживання нації та держави як в реальному часі, так і в подальшому післявоєнному відновленні.

Концептуальні основи публічного управління у сфері охорони здоров'я як одного з основоположних прав людини, закладено в 1986 році в Оттавській хартії зміцнення здоров'я Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі ВООЗ), керівного та координаційного органу охорони здоров'я в системі ООН. У цій хартії особливо виділяються певні необхідні для забезпечення здоров'я передумови, що включають мир, належні економічні ресурси, їжу і дах, стабільну екосистему і раціональне використання ресурсів. Визнання цих передумов підкреслює нерозривний зв'язок між соціальними та економічними умовами, фізичним середовищем проживання, способом мислення й стереотипами життя окремих людей і здоров'ям. Ці зв'язки формують цілісне і повне уявлення про передумови, що є основою для формування системи публічного управління сферою збереження, зміцнення й відновлення здоров'я людини [4].

Система публічного управління у сфері охорони здоров'я має формуватися на розумінні того, що зміцнення й відновлення здоров'я представляє собою багатоплановий всеосяжний соціальний і політичний процес і охоплює не тільки дії, спрямовані на вдосконалення вмінь і навичок і потенційних можливостей людей, а й дії, спрямовані на зміну соціальних, екологічних і економічних умов таким чином, щоб полегшити їх вплив на здоров'я населення, спільноти в цілому і на здоров'я окремих людей.

Також, у Оттавській хартії визначаються три основні стратегії зміцнення здоров'я. Такими стратегіями є: 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; і здійснення посередництва між різними інтересами в суспільстві для забезпечення і досягнення здоров'я. Ці стратегії підтримуються і забезпечуються п'ятьма областями першочергової, пріоритетної діяльності, викладеними в Оттавській хартії зміцнення здоров'я:

- розробка здорової громадської політики;
- створення сприятливих умов середовища і факторів для здоров'я;
- посилення громадської активності, діяльності на комунально-громадському рівні в інтересах здоров'я;
- розвиток персональних навичок і вмінь;
- переорієнтація служб охорони здоров'я [4].

Пізніше, у Джакартській декларації про продовження діяльності зі зміцнення здоров'я в 21-му столітті, прийнятій в 1997 році, було підтверджено, що ці стратегії і області діяльності зберігають свою актуальність і значимість для всіх країн. Більш того, з усією ясністю і визначеністю показано, що:

- комплексні, всеосяжні підходи до розвитку діяльності є найбільш ефективними, причому підходи, які характеризуються комплексним, комбінованим застосуванням п'яти стратегій, є більш ефективними, ніж однопланові, односторонні підходи і методи;

– конкретні і умови середовища забезпечують практичні можливості для втілення в життя всеосяжних стратегій;

– широка участь населення і громадськості є істотною передумовою безперервної, стійкої діяльності.

У декларації зазначається, що діяльність щодо зміцнення здоров'я і процеси прийняття рішень будуть ефективними тільки в тому випадку, якщо центральну роль при цьому відіграватиме саме населення; грамотність (інформованість) в галузі охорони здоров'я / навчання з питань здоров'я та його охорони сприяє забезпеченню більш широкої участі. Як можна більш масовий доступ до освіти та інформації є вирішальною передумовою ефективної участі населення і громад і забезпечення для них реальних можливостей та повноважень [5].

Окрім того, у Джакартською декларацією визначається п'ять пріоритетних напрямів діяльності зі зміцнення здоров'я в 21-му сторіччі:

- посилення соціальної відповідальності за здоров'я;
- збільшення інвестицій на систему охорони здоров'я;
- зміцнення і розширення партнерських зв'язків і контактів в інтересах зміцнення здоров'я;
- розширення потенційних можливостей суспільства, населення і надання громадянам реальних можливостей для діяльності;
- забезпечення необхідної для здоров'я інфраструктури [5]

Ці напрями можуть бути визнані як дороговкази для розвитку системи публічного управління у сфері охорони здоров'я в будь-якій країні світу включаючи Україну. При цьому посилення потенційних можливостей у сфері зміцнення, охорони та відновлення здоров'я розглядається у визначенні діяльності з охорони здоров'я на публічно-державному та комунально-громадському рівнях.

З того часу учасники конференцій ВООЗ зі сприяння здоров'ю розробили і встановили глобальні принципи і напрямки дій щодо зміцнення здоров'я. Зокрема, на Дев'ятій глобальній конференції 2016 року в Шанхаї під назвою

«Зміцнення здоров'я в Цілях сталого розвитку: здоров'я для всіх і все для здоров'я» вони зосередилися на шляхах промоції здоров'я до 2030 року. Шанхайська декларація забезпечила основу, завдяки якій уряди можуть відтепер здійснювати сміливі політичні втручання, використовуючи трансформаційний потенціал зміцнення здоров'я [6].

Отже, ВООЗ пропонує сфокусувати увагу на:

- ефективному керівництві (створення стійкої системи для співпраці всіх суспільних ланок, адже рішення, ухвалені в інших секторах, можуть впливати на здоров'я людей та формувати моделі поширення хвороб і смертності);
- освіченості суспільства щодо здоров'я (активна роль громадян у поліпшенні власного здоров'я та спонуканні уряду виконувати свої обов'язки щодо охорони здоров'я);
- створенні простору, орієнтованому на здоров'я (взаємодія державних, приватних, волонтерських організацій та організацій громадського сектору задля облаштування «здорових» міст);
- соціальній мобілізації громадян (культивування стійкого залучення індивідів і громад для підвищення їхньої обізнаності щодо ЗСЖ та попиту на промоцію здоров'я) [7].

Як зазначає Б. Брубейкер [8] мета Всесвітньої організації охорони здоров'я є стратегічною і доволі органічно вписується в модель евідемонічного добробуту особистості, де здоров'я – це не просто життя без хвороб, а взаємодія фізичного, соціального, психологічного і духовного аспектів життя людини із середовищем, яке сприяє створенню сенсів та досягненню цілей.

Разом з тим, забезпечення охорони здоров'я визначається присутністю ефективно функціонуючих систем охорони здоров'я, які, в свою чергу, є сукупністю усіх організацій, людей і дій, основною метою яких є зміцнення, відновлення або підтримка здоров'я. Це включає зусилля, спрямовані на вплив на детермінанти здоров'я, а також більш пряму діяльність з оздоровлення. Таким чином, система охорони здоров'я – це більше, ніж піраміда державних закладів,

які надають індивідуальні медичні послуги. Це й приватні провайдери здоров'я; програми зміни поведінки; кампанії по боротьбі з переносниками хвороб; медичні страхові організації; законодавство про охорону праці тощо [9]. До цього ми б додали ще й те, що забезпечення охорони здоров'я в сучасному суспільстві передбачає, також, наявність відлагодженої системи публічного управління у сфері охорони здоров'я, яка має чітку інституційну основу і спроможність керувати процесами охорони, зміцнення й відновлення здоров'я в тій чи іншій державі.

За визначеннями ВООЗ прогрес у досягненні цілей системи охорони здоров'я залежить від того, як виконуються чотири життєво важливі функції:

- надання послуг охорони здоров'я;
- забезпечення ресурсами охорони здоров'я;
- фінансування охорони здоров'я;
- управління охороною здоров'я [10].

Також для оцінки функціонування системи охорони здоров'я використовують й інші параметри, які включають якість, ефективність, прийнятність і справедливість [11].

В Україні підтримка діяльності та реформування охорони здоров'я є частиною процесу створення соціально-захищеного та політично-стабільного суспільства. Більш того, галузь охорони здоров'я є інструментом безпосереднього збереження людського капіталу. Тому дослідження функціонування системи охорони здоров'я має високий пріоритет, і їх результати повинні служити основою для прийняття ефективних управлінських рішень. Окрім того, подібні дослідження мають створити дієвий механізм для використання адміністративних ресурсів, який сприятиме подальшому удосконаленню функціонування усіх компонентів цієї системи.

Так, засадничі концепти побудови системи охорони здоров'я визначено в Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [12]. Відповідно до положень ст. 4 цього закону основними принципами охорони здоров'я в Україні є:

– визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України;

– дотримання прав і свобод людини і громадянина в сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;

– гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення;

– рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної і реабілітаційної допомоги та інших послуг в сфері охорони здоров'я;

– відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість;

– орієнтація на сучасні стандарти здоров'я, медичної та реабілітаційної допомоги, застосування сучасних цифрових технологій, телемедицини та телереабілітації, поєднання вітчизняних традицій і досягнень та кращого світового досвіду у сфері охорони здоров'я;

– попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний, медичний та реабілітаційний підхід до охорони здоров'я;

– багатоукладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції;

– децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі;

– формування єдиного медичного інформаційного простору як сукупності баз даних, технологій їх ведення та використання, інформаційно-комунікаційних систем, що функціонують на основі єдиних принципів і загальних правил, а

також на засадах інтероперабельності, інтегрованості і впровадження інструментів електронної охорони здоров'я;

– дотримання принципів безбар'єрності та інклюзії при наданні медичної та/або реабілітаційної допомоги, у тому числі з використанням методів і засобів телемедицини [12, ст 4].

Як зазначають науковці [13] закріплений у Законі України тип системи охорони здоров'я ґрунтується на принципах англійської моделі, яка поступово втілюється як у законотворчу, так і в медичну практики, і проявляється у формах сімейної і приватної медицини, страхуванні, багатоджерельному фінансуванні, високих соціальних стандартах.

У статтях М. Чунга [14] та Н. Тригла [15] зазначено, що англійська модель (Беверіджа) вперше була розроблена сером Вільямом Беверіджем у 1948 році. Ця система, заснована у Великій Британії та поширена в багатьох регіонах Північної Європи та світу, часто централізована через створення національної служби охорони здоров'я (у випадку України – НСЗУ). Модель медичної системи Беверіджа визначає уряд в якості єдиного платника, усуваючи конкуренцію на ринку та загалом утримуючи ціни на низькому рівні. Фінансування охорони здоров'я за рахунок податку на прибуток дозволяє медичному обслуговуванню бути безкоштовним на місці надання послуг – після прийому або операції пацієнту не потрібно платити жодних зборів із власної кишені через їхні внески через податки. Згідно з цією системою, більшість медичного персоналу складається з державних службовців. Основним елементом цієї моделі є здоров'я як право людини. Таким чином, загальне охоплення гарантується урядом, і кожен, хто є громадянином, має однаковий доступ до догляду.

Державне управління системою охорони здоров'я в нашій країні здійснюють Міністерство охорони здоров'я України та інші центральні органи виконавчої влади, яким підпорядковані відомчі заклади охорони здоров'я, місцеві державні адміністрації та органи місцевого самоврядування, Академія медичних наук України. Крім органів держави, які безпосередньо пов'язані з цариною охорони здоров'я, ця система функціонує і завдяки контрольно-

управлінським та законодавчим функціям інших державних інституцій, а саме Президента України (зокрема, крізь призму діяльності Адміністрації Президента України, Ради національної безпеки і оборони України), Верховної Ради України (зокрема, Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я), Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини, Кабінету Міністрів України (зокрема, через діяльність профільних міністерств та інших центральних органів виконавчої влади), Генеральної прокуратури України та її органів на місцях, а також органів судової системи України [13].

Так, інституціональна організація системи управління у сфері охорони здоров'я в Україні виглядає наступним чином [12, 16-19]:

1) Кабінет Міністрів України. Серед основних завдань уряду в управлінні сферою охороною здоров'я, насамперед, є забезпечення ефективної діяльності системи охорони здоров'я на національному рівні та сприяння розвитку мережі закладів охорони здоров'я;

2) органи охорони здоров'я загальнодержавного значення, які в межах своєї компетенції розробляють відповідні програми і прогнози у сфері охорони здоров'я, визначають єдині науково обґрунтовані державні стандарти, критерії та вимоги, що мають сприяти охороні здоров'я населення, здійснюють державний нагляд та контроль, іншу виконавчо-розпорядчу діяльність у зазначеній сфері. До них належать:

– Міністерство охорони здоров'я України, до структури якого входять 1 директорат, 6 департаментів, 7 управлінь, 2 відділи та 3 сектори;

– Національна служба здоров'я України, діяльність якої спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення;

3) органи охорони здоров'я місцевого значення, які здійснюють управління медичними закладами, організацію їх матеріально-технічного, кадрового та фінансового забезпечення відповідно до чинного законодавства. Серед яких:

- місцеві державні адміністрації;
- сільські, селищні, міські ради та їх виконавчі органи, а також районні та обласні ради, які представляють спільні інтереси територіальних громад сіл, селищ, міст у сфері охорони здоров'я;

4) заклади охорони здоров'я (юридичні особи будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечують медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників;

5) громадські об'єднання з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя.

Варто зауважити, що в контексті досліджуваної теми щодо системи управління охороною здоров'я в Україні, необхідно відокремлювати такі поняття як «державне управління у сфері охорони здоров'я», «публічне управління у сфері охорони здоров'я», «публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я».

Як бачимо з напрацювань вітчизняних науковців О.М. Ястремської, Л.О. Мажник, вони відносять поняття «управління» до ширшої категорії, а «адміністрування» в публічному адмініструванні розглядають як функціональну ланку, разом з тим категорія «публічне» визначається ширшою за категорію «державне» [20, с. 7-8].

Для вітчизняного наукового простору більш звичним є поняття «державне управління» як форма і різновид соціального управління, соціально-політична функція держави, зумовлена об'єктивними потребами суспільства, яка проявляється в цілеспрямованому, систематичному, ідеологічному, організаційному впливі з використанням владних повноважень на суспільну на приватну життєдіяльність з метою її впорядкування, збереження та переведення у якісно новий стан [21].

Термін «публічне управління» набув значного поширення лише протягом останніх років і під ним, як правило, розуміють діяльність органів державного управління та місцевого самоврядування, представників приватного сектору та інститутів громадянського суспільства в межах визначених законом повноважень і функціональних обов'язків (планування, організації, керівництва, координації та контролю) щодо формування та реалізації управлінських рішень суспільного значення, політики розвитку держави та її адміністративно-територіальних одиниць [21-22].

На практиці, відповідно до визначення І.В. Шпекторенко, поняття «публічне управління» часто ототожнюють з державним управлінням, яке охоплює три виміри: саме поняття управління (governance), менеджмент (management) і адміністрування (administration), яке фокусується на процедурі і контролі правильного виконання розпоряджень. У країні з демократичним устроєм і розвиненою ринковою економікою загальноприйнятим термінологічним поєднанням для позначення організаційно-виконавської діяльності держави є англomовний термін «public administration» – «публічне адміністрування» [23, с. 7].

У свою чергу, за твердженням В.Д. Бакуменка «розуміння сутності державного управління зазнало еволюції внаслідок розвитку демократії та громадянського суспільства у світі та, зокрема, в Україні. Отже, нині аспект взаємодії держави і громадянського суспільства в державному управлінні є дуже важливим, на відміну від традиційного бачення державного управління як організуючого й регулюючого впливу держави на суспільну життєдіяльність людей із метою її упорядкування, зберігання або перетворення, що спирається на її владну силу» [24, с. 150].

На відміну від системи державного управління, як зазначає І.І. Хожило, сфера публічно-управлінської діяльності має більш широкий формат суб'єктів управління. Сфера публічно-управлінської діяльності охоплює своїм управлінським впливом функціонування системи органів державної влади разом з органами місцевого самоврядування. Публічно-управлінська діяльність має

більш широкі межі горизонту охоплення та співпраці з іншими суб'єктами (підприємства, установи та організації приватного й громадського сектору), які залучаються до взаємодії, розробки та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я [25, с. 200].

Зважаючи на вище викладене вважаємо, що перш за все необхідно розкрити зміст і розмежувати такі поняття, як «державне управління», «публічне управління» та «публічне адміністрування», а потім визначити їх сутність відповідно до предмету нашого дослідження. Для зручності сприйняття згрупуємо наукові трактування означених дефініцій у таблиці (табл.1.1.)

Таблиця 1.1.

**Науковий погляд на сутність дефініцій «державне управління»,
«публічне управління» та «публічне адміністрування»**

Автор/ джерело	Визначення
	<i>Державне управління – це :</i>
Енциклопедія державного управління [26, с. 157]	діяльність держави (органів державної влади), спрямована на створення умов для як найповнішої реалізації функцій держави, основних прав і свобод громадян, узгодження різноманітних груп інтересів у суспільстві та між державою і суспільством, забезпечення суспільного розвитку відповідними ресурсами
Авер'янов В.Б. [27., с.6]	особливий та самостійний різновид діяльності держави, що здійснює окрема система спеціальних державних органів – органів виконавчої влади
Середа В. В., Назар Ю. С., Костовська К.М [28, с.14]	виконавчо-розпорядча діяльність органів державної влади з метою владно-організуючого впливу на відповідні суспільні відносини і процеси в економічній, соціально-культурній та адміністративно-політичній сферах, а також внутрішньо-організаційна діяльність апарату всіх державних органів щодо забезпечення належного виконання покладених на них завдань, функцій і повноважень.
Пилипишин В. П., [29]	специфічна діяльність держави, що дістає вияв у функціонуванні її органів, які безперервно, планомірно, владно і в рамках правових установлень, впливають на суспільну систему з метою її вдосконалення відповідно до державних інтересів
Філіпова Н.В. [30]	система елементів державної влади, яка носить виконавчо-розпорядчий характер та виконує функції та завдання держави у процесі регулювання економічною, соціально-культурною та адміністративно-політичною сферами.
	<i>Публічне управління – це :</i>
Keeling D. (Кілінг Д.), [31, с.15]	це пошук у найкращий спосіб використання ресурсів задля досягнення пріоритетних цілей державної політик.
Дж. М. Пріфінер, Р. Пристюс, [32]	управління організацією та напрямком використання людських і матеріальних ресурсів для досягнення бажаних цілей
Середа В. В., Назар Ю. С., Костовська К. М, [28, с.12]	підзаконна, юридично-владна діяльність організаційного характеру, яка здійснюється суб'єктами публічної адміністрації та має на меті задоволення публічного інтересу
Філіпова Н.В. [30]	щось більше, ніж просто набір загальних інструментів управління, публічне управління вивчає взаємодію між політичною системою, державним сектором, співвідношення муніципальних, державних та народних інтересів із залучення

	суспільства до механізму контролю всіх органів влади.
	Публічне адміністрування – це :
Енциклопедія державного управління [26, с. 489]	різновид управлінської діяльності інституцій публічної влади, завдяки якій держава та громадянське суспільство забезпечують самокерованість усієї суспільної системи та її розвиток у певному, визначеному напрямі
Колесникова К. [33].	складова публічного управління (врядування), метою якого постає розвиток держави на засадах демократії з використанням ефективних новітніх методів і технологій управління та направлених на забезпечення громадян на рівні світових стандартів
Мартиненко В.М., [34, с. 20-21]	форма реалізації публічного управління, яке здійснюють представницькі органи демократичного врядування через свої виконавчі структури
Оболенський О. Ю., Борисевич С.О., Коник С.М., [35]	прерогатива виконавчих органів влади або чиновника (державного службовця)
Середа В. В., Назар Ю. С., Костовська К. М. [28, с.13]	сукупність організаційно-структурних утворень, які реалізують публічну владу шляхом виконання закону, підзаконних актів та вчинення інших дій в публічних інтересах.
Філіпова Н.В. [30]	сукупність інституцій та органів виконавчої влади, які реалізують рішення уряду

Джерело: складено автором за матеріалами [26-35].

Таким чином ми бачимо, що на сьогодні немає однозначного чіткого визначення дефініцій «державне управління», «публічне управління», «публічне адміністрування», однак не зважаючи інколи дискусійні позиції авторів, як видно з таблиці, не варто їх ототожнювати та використовувати як синоніми одне одному.

І ми погоджуємося з думкою М. Міненко [36], який вважає, що «...у державному секторі «бюрократична модель» перетворилася у «ринкову модель» - акценти змістилися з виконання роботи згідно з інструкціями і чіткими правилами на роботу, що спрямована на надання якісних публічних послуг та досягнення ефективних результатів, що, в свою чергу, спонукало до того, що відбулася трансформація «державного управління» в «публічне адміністрування», а з часом і у «публічне управління». Отже, державне управління, на нашу думку є складовою публічного управління, а сутність публічного адміністрування полягає в тому, що воно поєднує два інші поняття та сприяє реалізації поставлених завдань органів влади через функціонування владних інституцій та використання управлінських методів та технологій.

На рис.1.1 представлено відмінні особливості вищезначених дефініцій .

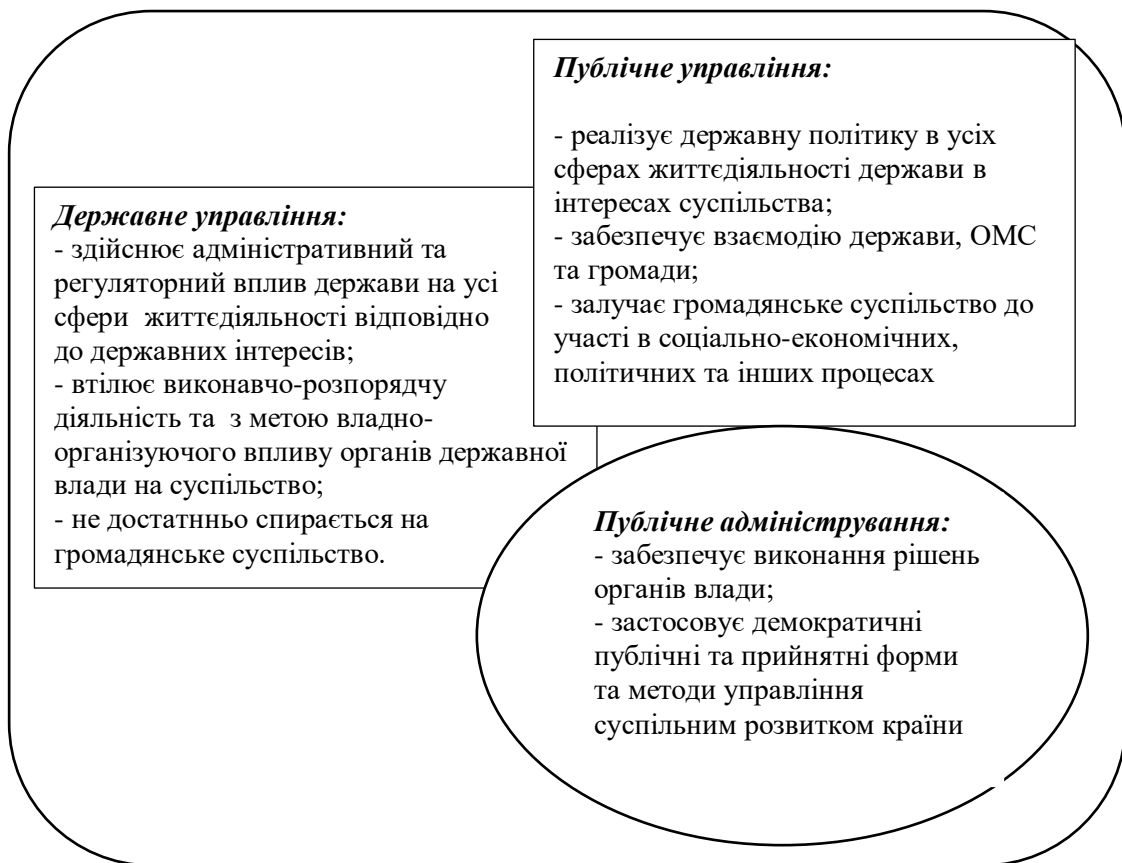


Рис. 1.1. Співвідношення та характеристика дефініцій державне управління, публічне управління, публічне адміністрування

Загалом зважаючи на вищевикладене можемо узагальнити формулювання означених дефініцій відносно об'єкту та предмету нашого дослідження наступним чином:

- державне управління охороною здоров'я – це діяльність державних органів влади, спрямована на розробку, впровадження та контроль державної політики у сфері охорони здоров'я, забезпечення доступності та якості медичних послуг, а також захисту здоров'я населення через ефективну організацію та регулювання медичних установ і систем охорони здоров'я;

- публічне управління охороною здоров'я – це комплексний вплив інститутів державної влади, місцевого самоврядування та громадянського суспільства на суб'єкти національної системи охорони здоров'я, основним завданням яких є збереження, зміцнення, відновлення та/або підтримка здоров'я громадян, задля забезпечення високого рівня здоров'я населення шляхом

ефективного використання ресурсів, розробки та реалізації відповідних політик, а також забезпечення доступу до якісних медичних послуг для всіх громадян;

- публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я – це сукупність управлінських і регуляторних заходів, здійснюваних органами державної та місцевої влади, спрямованих на забезпечення ефективного функціонування системи охорони здоров'я, організацію роботи медичних установ, контроль якості надання медичних послуг та реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я.

Таким чином, ми розмежували та вточнили зміст основних понять, що в подальшому будуть використані у цій роботі для забезпечення однозначності їх розумінні та сприйняття. Також, означені дефініції є підґрунтям для визначення поняття «публічне управління в сфері медичної реабілітації», що є предметом даного дослідження.

Зазначимо, що система реабілітації відповідно до Закону України № 1053-IX «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [37], складається із суб'єктів реабілітації, їхніх прав та обов'язків, відносин між ними, урегульованих законодавством, а також визначених законодавством вимог, протоколів та нормативів надання реабілітаційної допомоги. Згідно цього логічним буде вважати що публічне управління цією системою передбачає комплексний вплив інститутів державної влади, місцевого самоврядування та громадянського суспільства на всіх учасників та на процеси реабілітації.

Науковці О.В. Яремчук, І. А. Берлінець, надають наступне визначення дефініції «державне управління медичною реабілітацією» - 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» [38].

Однак перш ніж запропонувати авторське тлумачення поняття «публічне управління у сфері медичної реабілітації», необхідно вточнити зміст дефініції медична реабілітація визначення якої ми не зустрічали ні в нормативних документах, ні в наукових статтях. Для розкриття сутності поняття «медична реабілітація» будемо керуватися узаконеною термінологією, так термін «реабілітація» 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 [37, ст.1]. Зважаючи на те, що реабілітація може надаватися у вигляді медичної допомоги означимо її сутність відповідно до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» як 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 [12, ст. 3].

Таким чином можемо узагальнити, що «медична реабілітація» - це комплекс заходів, у вигляді медичної допомоги та/або послуги з медичного обслуговування населення, що надається професійно підготовленими медичними працівниками, яких потребує особа, яка зазнає або може зазнавати обмеження повсякденного функціонування внаслідок стану здоров'я у взаємодії з її середовищем.

На підставі вищевикладеного, ми визначаємо зміст дефініції «публічне управління медичною реабілітацією» як комплексний вплив інститутів державної влади, місцевого самоврядування та громадянського суспільства на суб'єкти національної системи охорони здоров'я, які здійснюють свою діяльність у вигляді медичної допомоги та/або послуги з медичного обслуговування населення, що надається професійно підготовленими медичними працівниками, яких потребує особа, яка зазнає або може зазнавати обмеження повсякденного функціонування внаслідок стану здоров'я у взаємодії з її середовищем з метою забезпечення як найбільш повного відновлення (або

максимальної компенсації) функцій, здібностей і здатностей, що були втрачені унаслідок дії різних негативних чинників.

Вважаємо, що застосування означеної термінології в науковому обороті буде сприяти удосконаленню однозначності розуміння проблем, що існують у сфері медичної реабілітації й шляхів їх вирішення на рівні органів публічного управління, стейкхолдерів і громадянського суспільства, а також сприятиме створенню належного реабілітаційного середовища на основі використання кластерного і проектного підходів в умовах широкого застосування інноваційних технологій та з урахуванням кращих вітчизняних і міжнародних практик.

Ефективність реалізації означених завдань значною мірою залежить від правильного вибору форми публічного управління у сфері охорони здоров'я.

Передусім розберемося з тим, що ми розуміємо під поняттями форма та форма публічного управління. Якщо виходити з трактування терміну «форма» з пізнавальної та філософської точок зору – це зовнішній вигляд, обрис речі, дії тощо або зовнішній вираз певного змісту, що визначається співвідносно до понять вмісту, що її наповнює [39]. Зважаючи на дію загального закону філософії щодо відповідності змісту та форми, можемо констатувати, що форма – це зовнішня оболонка, яка наповнюється певним змістом. Тому вважаємо, що якщо під дією внутрішніх чи зовнішніх чинників змінюється зміст, то певних змін зазнає й форма, яка існує в тому чи іншому середовищі й реагує на зміну змісту. Тому сприймаємо як аксіому твердження, що «форма – це спосіб прояву, існування, зовнішнього вираження змісту діяльності, у якій знаходять відображення інші елементи методології публічного управління» [40, с. 9].

У науковій літературі [41 – 45] існує певний дискурс щодо прояву форми у сфері публічного управління. Так, В.С. Куйбіда та І.В. Шпекторенко акцентуються на діяльнісній складовій публічного управління та вважають, що «...форми управлінської діяльності є дотичними до функцій, структури та інших інструментів публічного управління й проявляються як формалізоване зовнішнє вираження змісту діяльності» [40, с. 9]. У колективній монографії під загальним редагуванням С. Чернова, В. Воронкової та ін. [41], стверджується, що під

формами публічного управління розуміють зовнішнє вираження (зовнішнє оформлення) діяльності суб'єктів публічного управління щодо реалізації своїх функцій у межах встановленої компетенції [41, с. 254]. Натомість В. Нагаєв переконаний, що форми публічного управління це лише «...уніфіковані за зовнішніми ознаками формалізовані види конкретних результатів діяльності органів публічного управління, їх підрозділів та посадових осіб, які уможливають організаційно-правове забезпечення досягнення поставленої мети» [42, с. 44].

Деякі вчені [43, с. 14-15] визначають організаційну, правову, політичну та інституційну форми основними в системі публічного управління в Україні, та характеризують їх наступним чином:

- організаційна форма публічного управління призначена для формування організаційних структур в процесах державотворення, а також налагодження організаційних відносин в них та між ними й у значній своїй частині ототожнюється з менеджментом організацій;
- правова форма публічного управління є саме тим механізмом, що відрізняє його від менеджменту та інших форм соціального управління, і проявляється у законодавчій та іншій нормативно-правовій діяльності;
- політична форма використовується для розроблення та реалізації публічних стратегій та політик і широко використовує програмно-цільовий підхід до управління, який, фактично, являє собою інтеграцію організаційної та правової форм публічного управління;
- інституційна форма публічного управління фактично також є інтеграцією організаційної та правової форм управління й реалізується, як правило, шляхом створення відповідних управлінських структур (органів публічної влади та управління), а повноваження та відповідальність цих структур затверджується відповідними правовими актами у певних положеннях про них.

У протипагу такій позиції науковці В.С. Куйбіда та І.В. Шпекторенко вважають виділення декількох видів форм управлінської діяльності (від трьох до

п'яти) «... спірними з позиції методології публічного управління...», автори у своїх працях наголошують, що «...критичні зауваження викликає твердження, що «управлінська діяльність, зазвичай, пов'язана з правовими формами діяльності, тобто зі здійсненням правоустановчої, правозастосовної і правоохоронної діяльності». Ці види форм управлінської діяльності отримали своє походження з двох, а формально – з однієї функції управління – функції організації» [40, с.9].

У іншій роботі автор І. Шпекторенко стверджує, що «...у формах діяльності можуть бути відображені не лише нормативно-правові та організаційні аспекти, а й функціональні та політичні, соціально-економічні, соціально-психологічні, культурні, морально-етичні, духовні, інформаційні, екологічні та інші... тому сформувавши певну форму управлінської діяльності наперед ще важко, але можливо та бажано... головне – форми управлінської діяльності повинні відображати в собі системність управлінських або соціально-управлінських дій» [44, с.49].

Ми підтримуємо наукову позицію цих авторів та вважаємо, що форми публічного управління є зовнішньою оболонкою прояву існування управлінських інституцій і структур спрямованих на виконання різноманітних функцій, завдань при керуванні різними сферами суспільного буття країни.

Якщо розглядати форми публічного управління охороною здоров'я, то Д.І. Горбатова [45] умовно поділяє їх наступним чином:

1) Зовнішні – спрямовані на взаємодію між органами публічного управління, для забезпечення виконання покладених на суб'єктів державного управління у сфері охорони здоров'я завдань і функцій. Наприклад, Національна служба здоров'я України [17] під час виконання покладених на неї завдань взаємодіє в установленому порядку з іншими державними органами, допоміжними органами та службами, утвореними Президентом України, тимчасовими консультативними, дорадчими та іншими допоміжними органами, утвореними Кабінетом Міністрів України, органами місцевого самоврядування, об'єднаннями громадян, громадськими спілками, профспілками й організаціями

роботодавців, відповідними органами іноземних держав і міжнародних організацій, а також із підприємствами, установами й організаціями.

2) Внутрішні – пов’язані з організацією внутрішньої роботи суб’єктів публічного управління у сфері охорони здоров’я, серед яких:

- матеріально-технічні операції (одержання й обробка інформації, облік, діловодство, адресно-довідкова робота);
- участь державних органів, органів місцевого самоврядування та громадських організацій у розробленні та обговоренні нормативно-правових актів із питань охорони здоров’я;
- затвердження порядку ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики;
- затвердження порядку акредитації закладу охорони здоров’я й атестації лікарів і лікарів-ФОП;
- ведення реєстрів (Реєстр оптово-відпускних цін на лікарські засоби, Реєстр оптово-відпускних цін на вироби медичного призначення, Державний реєстр медичної техніки та виробів медичного призначення, Державний реєстр лікарських засобів України);
- затвердження порядку та здійснення медичного страхування;
- утворення спільних консультативно-дорадчих та експертних органів, рад, комісій, груп для забезпечення прав людини і громадянина у процесі формування та реалізації державної політики щодо забезпечення охорони здоров’я;
- виконання спільних проєктів інформаційного й аналітично-дослідницького характеру з питань охорони здоров’я;
- видача дозволів на застосування нових технологій;
- затвердження стандартів, регламентів, сертифікацій послуг;
- проведення профінформаційних семінарів з метою розширення знань у сфері діяльності з охорони здоров’я тощо [45].

Вважаємо даний підхід цікавим, але таким що вимагає певного уточнення та конкретизації. Так, ми вважаємо, що у даному випадку більш коректним було

би говорити про зовнішні та внутрішні чинники, що впливають на зміст та форму публічного управління. Загалом, вважаємо, що поняття форми публічного управління є достатньо складним, системним та вимагає певної структуризації.

На наш погляд є сьогодні доречною класифікація форм публічного управління, яка може бути визначена за кількома критеріями, наприклад:

1) за способом здійснення влади - централізована або децентралізована форма управління.

2) за структурою - бюрократична, мережева, процедурна тощо.

3) за масштабом – місцева, муніципальна, регіональна, національна, наднаціональна.

4) за цільовою спрямованістю у сферах діяльності – економіки, охорони здоров'я, освіти, соціального забезпечення та захисту населення, екології, безпеки тощо.

5) за способом застосування технологій – електронне врядування, smart-менеджмент (smart-урбаністика, аналіз великих даних) цифрові технології.

У даному контексті хочемо більш докладно зупинитися на останній позиції, яка є достатньо новим та перспективним напрямом трансформації усієї системи публічного управління. Як справедливо зазначає І. Шпекторенко в умовах цифровізації «... інформаційна форма управлінської діяльності зміниться і за змістом, і за характером. Вона вже стає і стане ще ширше та глибше. У який спосіб це відіб'ється на інших формах управлінської діяльності у сфері публічного управління – питання відкрите, яке вимагає конкретизації та максимального усвідомлення публічними службовцями – суб'єктами управлінської діяльності» [44, с.50].

Розглянемо більш докладно означені вище форми публічного управління за способом застосування технологій у процесі управління:

1) електронне урядування (е-урядування) використовує інформаційні технології для покращення доступності та якості надання державних послуг, передбачає застосування Інтернету та електронних засобів зв'язку для поліпшення взаємодії між урядом і громадянами, підприємствами й іншими

організаціями включаючи в себе такі елементи, як електронні сервіси для онлайн-звернень та отримання документів, електронні системи управління документами та процесами, електронні системи голосування та багато іншого;

2) Smart-менеджмент використовує інноваційні технології та дані для покращення результативності й ефективності управління та включає в себе використання штучного інтелекту, аналітики даних, Інтернету та інших технологій для досягнення стратегічних цілей та покращення якості надання послуг громадянам, прийняття рішень та оптимізації процесів у сфері публічного управління, зокрема це:

- smart-урбаністика з використанням інформаційних технологій для покращення якості життя мешканців у містах, включаючи розумне планування, транспортні системи та інфраструктуру;
- аналітика великих даних з використанням алгоритмів та штучного інтелекту для аналізу великих обсягів даних з метою прийняття рішень у публічному управлінні.

3) Цифрові сервіси для надання громадянам можливості отримувати послуги держави онлайн, що спрощує процедури та зменшує бюрократію.

Ці інноваційно-технологічні форми публічного управління не лише допомагають покращити ефективність та доступність системи, але й сприяють розвитку більш відкритого та транспарентного уряду.

Таким чином, ми визначаємо форми публічного управління охороною здоров'я, як зовнішній прояв функцій впливу інститутами державної влади, місцевого самоврядування та громадянського суспільства на суб'єкти національної системи охорони здоров'я, основною метою яких є зміцнення, відновлення або підтримка здоров'я громадян.

Авторське бачення стосовно визначення форм публічного управління та ознак, що покладені в основу їх класифікації, на наш погляд, допомагає зрозуміти різноманітність форм публічного управління та розширює напрями наукових розвідок з окресленого питання.

Підсумовуючи хочемо визначити сутність поняття форми публічного управління у контексті теми нашого дослідження з огляду на неспинний розвиток інформаційних технологій, а саме «форми публічного управління у сфері медичної реабілітації в умовах інноваційного розвитку» – це зовнішня оболонка діяльності управлінсько-організаційних структур, що забезпечується комплексом нормативно-правових, організаційних функціональних, соціально-економічних, соціально-психологічних, морально-етичних, духовних, інформаційних та інших аспектів здійснення медичної реабілітації та наповнюють цю оболонку змістом, що надає змогу адекватно реагувати на зовнішні й внутрішні зміни в умовах трансформації системи публічного управління охороною здоров'я та забезпечувати з метою зміцнення, відновлення або підтримки здоров'я громадян.

У межах даного дослідження ми на прикладі публічного управління у сфері медичної реабілітації розглянемо можливості трансформації традиційних форм під впливом зовнішніх та внутрішніх чинників в умовах організаційних і інноваційно-технологічних змін, що змінюють сутнісний зміст системи публічного управління, а отже вимагають не лише удосконалення, але й глибинної зміни форми його прояву.

Загалом, в процесі наукового пошуку було зазначено, що концептуальні засади охорони здоров'я в Україні визначаються основними принципами, наближеними до англійської моделі системи охорони здоров'я (Беверіджа), яка поступово втілюється як у законотворчу, так і в медичну практики, і проявляється у формах сімейної і приватної медицини, страхуванні, багатоджерельному фінансуванні, високих соціальних стандартах.

Інституційний рівень політики України щодо охорони здоров'я передбачає, що управління системою охорони здоров'я здійснюють Міністерство охорони здоров'я України та інші центральні органи виконавчої влади, яким підпорядковані відомчі заклади охорони здоров'я, місцеві державні адміністрації та органи місцевого самоврядування, Академія медичних наук України. Крім органів держави, які безпосередньо пов'язані з цариною охорони

здоров'я, ця система функціонує і завдяки контрольно-управлінським та законодавчим функціям інших державних інституцій, а саме Президента України, Верховної Ради України, Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини, Кабінету Міністрів України, Генеральної прокуратури України та її органів на місцях, а також органів судової системи України.

Також, на підставі узагальнення наукових знань про публічне управління, нами було визначено наступні поняття:

- державне управління охороною здоров'я – це діяльність державних органів влади, спрямована на розробку, впровадження та контроль державної політики у сфері охорони здоров'я, забезпечення доступності та якості медичних послуг, а також захисту здоров'я населення через ефективну організацію та регулювання медичних установ і систем охорони здоров'я;

- публічне управління охороною здоров'я – це комплексний вплив інститутів державної влади, місцевого самоврядування та громадянського суспільства на суб'єкти національної системи охорони здоров'я, основним завданням яких є збереження, зміцнення, відновлення та/або підтримка здоров'я громадян, задля забезпечення високого рівня здоров'я населення шляхом ефективного використання ресурсів, розробки та реалізації відповідних політик, а також забезпечення доступу до якісних медичних послуг для всіх громадян;

- публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я – це сукупність управлінських і регуляторних заходів, здійснюваних органами державної та місцевої влади, спрямованих на забезпечення ефективного функціонування системи охорони здоров'я, організацію роботи медичних установ, контроль якості надання медичних послуг та реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я;

- медична реабілітація – це комплекс заходів, у вигляді медичної допомоги та/або послуги з медичного обслуговування населення, що надається професійно підготовленими медичними працівниками, яких потребує особа, яка зазнає або може зазнавати обмеження повсякденного функціонування внаслідок стану здоров'я у взаємодії з її середовищем;

- публічне управління медичною реабілітацією – це комплексний вплив інститутів державної влади, місцевого самоврядування та громадянського суспільства на суб'єкти національної системи охорони здоров'я, які здійснюють свою діяльність з метою забезпечення як найбільш повного відновлення (або максимальної компенсації) функцій, здібностей і здатностей індивідуума, що були втрачені унаслідок дії різних негативних чинників;

- форми публічного управління охороною здоров'я, як зовнішній прояв функцій впливу інститутами державної влади, місцевого самоврядування та громадянського суспільства на суб'єкти національної системи охорони здоров'я, основною метою яких є зміцнення, відновлення або підтримка здоров'я громадян;

- форми публічного управління у сфері медичної реабілітації в умовах інноваційного розвитку – це зовнішня оболонка діяльності управлінсько-організаційних структур, що забезпечується комплексом нормативно-правових, організаційних функціональних, соціально-економічних, соціально-психологічних, морально-етичних, духовних, інформаційних та інших аспектів здійснення медичної реабілітації та наповнюють цю оболонку змістом, що надає змогу адекватно реагувати на зовнішні й внутрішні зміни в умовах трансформації системи публічного управління охороною здоров'я та забезпечувати з метою зміцнення, відновлення або підтримки здоров'я громадян.

Означено, що форми публічного управління мають багатоаспектне призначення й можуть класифікуватися за такими ознаками за способом здійснення влади; за структурою; за масштабом; за цільовою спрямованістю у сферах діяльності; за способом застосування технологій. Охарактеризовано інноваційно-технологічні форми, що проявляються через електронне врядування, smart-менеджмент (smart-урбаністика, аналіз великих даних) цифрові технології та обґрунтовано, що інноваційно-технологічні форми публічного управління не лише допомагають покращити ефективність та доступність системи, але й сприяють розвитку більш відкритого та транспарентного уряду.

Таким чином, визнаючи охорону здоров'я одним з головних чинників виживання і розвитку народу України, орієнтуючись на сучасні стандарти здоров'я, медичної та реабілітаційної допомоги, публічне управління охороною здоров'я стає інструментом забезпечення діяльності із збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності громадян при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя.

1.2. Генеза публічного управління суспільною практикою медичної реабілітації в системі охорони здоров'я

Управління охороною здоров'я займає ключову роль в організації системи публічного управління країною у напрямках, що пов'язані із життєзабезпеченням населення, збереження його життя й здоров'я. Тому дослідження становлення та розвитку системи управління охороною здоров'я зі сторони держави в нашій країні та в світі є, на наш погляд, важливим завданням. У цьому контексті погоджуємося із вітчизняними вченими, які відзначають, що «...як об'єктивна реальність управління є суспільним явищем, притаманним усім країнам на будь-яких етапах людської цивілізації. За часом виникнення управління передують виникненню перших державних утворень. Основні риси владно-розпорядчої діяльності характерні ще для історичних періодів первісної доби, коли основою влади були кровна родинність, традиції, звичаї, вірування племені. Адже вже на той час головним завданням влади (глави роду чи старійшини) було життєзабезпечення племені, а соціальні цінності полягали в задоволенні інтересів більшості громади у цілому. Тому генезис у соціальних спільнотах розглядається як історичне виокремлення особливого виду діяльності з групової сумісної праці людей» [46, с. 8].

За період свого розвитку наша цивілізація пройшла складний шлях у забезпеченні життєдіяльності як населення окремих країн та територій, так і

кожного окремого індивідуума. Особливо активними й продуктивними на цьому шляху є останні 100-120 років – період коли здоров'я людини стало не лише цікавити державу, але й гарантуватися державою. В цей історичний період охорона здоров'я стала одним із пріоритетних напрямів державної гуманітарної політики, а управління цією сферою життєдіяльності перейшло від державного до публічного рівня й керується принципами людиноцентричності та пацієнтоорієнтованості.

Для кращого розуміння процесу еволюції медицини в цілому, а також зміни впливу держави на цей процес визначимося з основними етапами та їх основними характерними рисами. При цьому більше зосередимо увагу на питаннях еволюції поглядів суспільства на медичній реабілітації осіб, що втратили здоров'я внаслідок впливу різних негативних чинників та державного управління цим напрямом діяльності медичних закладів. Період дослідження окреслимо роками ХХ – ХХІ століття, включаючи теперішній час.

Загалом, дослідження етапів розвитку державного управління у сфері медичної реабілітації є важливою темою для багатьох науковців [47,]. Їхні праці зосереджені на аналізі історичних змін, політичних рішень, впровадженні інновацій та вдосконаленні політики у сфері охорони здоров'я. Так, Едмунд Х. Даті та Пол Р. Кац [47] у своїх роботах висвітлюють історичний розвиток політики в галузі реабілітації літніх людей, аналізують роль державних програм у забезпеченні реабілітаційних послуг. Показують як можна поліпшити якість життя за допомогою найновіших знань про паліативну допомогу, перехідний догляд, оздоровлення, слабкість і сенсорні розлади літніх людей. Вітчизняний вчений Л.Л. Примачок [48] у своїй роботі цілий розділ присвячує питанням розвитку медицини та реабілітації у ХХ столітті, в якому зазначає, що «...започаткування у медицині терміну «реабілітація» припадає на 1903 рік. Уперше його використав Франц Йозеф Раттер фон Бус маючи на увазі «благодійну діяльність» [48, с. 65]. Далі автор вказує на основні історичні події, що впливають на розвиток медичної реабілітації в різних країнах світу й Україні та вплив держав і міждержавних інституцій на цей процес. Еволюцію

суспільних поглядів на інвалідність від початку XX століття до тепер висвітлено в роботі за редакцією Л.Ю. Байди, О.В. Красюкової-Еннс [49]. Цікавою у контексті перспектив розвитку медичної та психологічної реабілітації є робота колективу авторів, які доводять необхідність використання світових стратегій для створення вітчизняної системи психологічної реабілітації [50]. Перспективні напрями та нові підходи до організації реабілітації висвітлено в роботі Д.Т.Вейд, П.В. Халліган [51], які стверджують, що вже настав час застосування біопсихосоціальної моделі для подолання хвороб. Ці науковці та їхні праці роблять важливий внесок як у розуміння розвитку медичної реабілітації, так і зміну ролі держави в управлінні сферою медичної реабілітації. Вони досліджують історичні зміни, інноваційні підходи, політичні рішення та їхній вплив на якість та доступність реабілітаційних послуг.

Проаналізувавши історичні довідники, нами було зроблено висновок, що цей процес почався у XVI ст., з розподілу людей з фізичними і психічними вадами на інвалідів, травмованих і калік. Термін інвалід вперше застосували у Франції по відношенні до воїнів, які мали заслуги, але через рани чи каліцтва не могли далі служити у війську. При Генріху IV у Франції приблизно з 1616 р. почали будувати спеціальні інвалідні будинки (Hotel des Invalides) для старих і важко поранених інвалідів. Так само почали робити у Німеччині та Англії. Щодо калік і травмованих, то так стали називати дорослих і дітей, які у війську ніколи не служили, а травми отримали або на виробництві, або мали їх від народження. Ці дві категорії людей мали право перебувати при монастирях чи спеціальних притулках. І протягом століть політика багатьох держав стосовно людей з інвалідністю була спрямована на одну ціль – зробити їх «непомітними» та приховати від упередженого суспільства [48, 49].

Інше розуміння в цьому питанні почало формуватися з середини XX ст., коли глобальні збройні насильства призвели до такої кількості людей зі стійкими обмеженнями життєдіяльності, що потребувало якісно нової організації його вирішення. Так, після Другої світової війни з'явилися такі концепції, як інтеграція та включення людей з інвалідністю у нормальне життя суспільства,

що відображали зростаюче розуміння потенційних можливостей осіб з інвалідністю [49].

Звичайно ми згадали далеко не всі публікації з означеної тематики, але спираючись на ці праці в кожній з яких показується і роль держави у розвитку медичної реабілітації ми дійшли висновку, що генеза публічного управління суспільною практикою медичної реабілітації в системі охорони здоров'я за період початок ХХ – початок ХХІ століття пройшла декілька ключових етапів, кожен з яких відображає зміну парадигм в підходах до управління охороною здоров'я та надання медичних послуг.

Ми пропонуємо авторське бачення щодо визначення етапів розвитку медичної реабілітації та впливу держави на цей процес та вважаємо за доречне виокремити наступні етапи:

I. Етап раннього становлення (1900 – 1940 роки) – характеризується виникненням концепції медичної реабілітації, зміщенням фокусу медичної реабілітації на фізичній терапії та відновленні функцій пошкоджених органів, розвитком фізичної терапії. У цей час з'явився інтерес, у т.ч. й державних інституцій, до реабілітації поранених солдатів після Першої світової війни, що поклато початок формуванню основ медичної реабілітації; було закладено програмні підходи до відновлення рухової функції та реабілітації після травм; активно використовувалися фізичні вправи, масаж та механотерапія для відновлення функцій; виникли перші реабілітаційні центри для ветеранів війни та перші методики для відновлення функцій у постраждалих від травм.

II. Етап післявоєнного розвитку (1950 – 1960-ті роки) – відбувається формування інституцій та програм; зростання усвідомлення потреби у спеціалізованих реабілітаційних послугах для ветеранів Другої світової війни; створення перших реабілітаційних центрів і закладів, що спеціалізуються на відновленні фізичного і психічного здоров'я пацієнтів; активне впровадження програм реабілітації в рамках національних систем охорони здоров'я;

III. Етап інституційного розвитку та професіоналізації (1970-1980-ті роки) – характеризується розвитком системи охорони здоров'я і реабілітаційних

послуг, що проявляється через визнання у суспільстві й державними інституціями реабілітації як важливого компонента системи охорони здоров'я; інтеграцію реабілітаційних послуг в національні політики охорони здоров'я; розробкою спеціальних навчальних програм для підготовки фахівців з реабілітації (фізіотерапевтів, ерготерапевтів, логопедів тощо); створенням наддержавних міжнародних організацій і асоціацій, таких як Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), які підтримують і координують реабілітаційні програми.

IV. Етап реформування та соціальної інтеграції (1990 – до початку 2000-х років) – на цьому етапі започатковуються системні реформи і інтеграція в первинну медичну допомогу коли відбувається зміщення акценту на інтеграцію реабілітаційних послуг у первинну медичну допомогу; реформи систем охорони здоров'я, спрямовані на забезпечення доступності реабілітаційних послуг для широких верств населення; відбувається формування державної політики у напрямі розвитку реабілітації та впровадження національних програм, що спрямовані на соціальну інтеграцію та повернення до активного життя людей з інвалідністю.

V. Етап технологічного прориву (2000 – 2020-ті роки) – є найбільш динамічним з точки зору змін, що відбуваються у сфері медичної реабілітації та управління цим процесом й умовно може бути поділений на два підетапи:

- *розширення та спеціалізація (2000-ті роки)* коли відбувався розвиток спеціалізованих установ (спеціалізованих центрів реабілітації, які надавали послуги для певних груп пацієнтів (наприклад, пацієнти з травмами спинного мозку, діти з ДЦП). та впровадження міжнародних стандартів реабілітації їх адаптація до національних реалій та впровадження на цій основі сучасних методик лікування.

- *модернізація та інтеграція (2010 - 2020-ті роки)* – характерним для яких є: інтеграція та взаємодія з соціальними службами, освітніми установами та роботодавцями для забезпечення комплексного підходу до реабілітації; впровадження програм державного фінансування реабілітаційних послуг, що

дало змогу покращити якість цих послуг та доступність до них більш широкого кола осіб які потребують реабілітації.

VI. Інноваційно-телеметричний етап (2020-ті роки – до сьогодні) - характеризується впровадженням передових технологій, що дозволяють підвищити ефективність управління, доступність, якість та ефективність реабілітаційних послуг шляхом використання можливостей: телеметрії (телемедицина, телереабілітація, відеоконсультації); штучного інтелекту (аналіз великих даних, прогнозування результатів); цифрових пристроїв і програмного забезпечення для персоналізації даних і автоматизації процесів діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів (роботизація процесів реабілітації, електронні медичні записи, оптимізація використання ресурсів тощо), що дозволяє здійснювати дистанційний моніторинг, консультування та контроль за станом здоров'я пацієнтів у реальному часі, та впроваджувати імерсійні технології в процес реабілітації пацієнтів та навчання медичного персоналу.

Виокремлення даних етапів та опис кожного з них надало змогу прослідкувати історичну логіку розвитку медичної реабілітації й зміну державних пріоритетів та інституційних підходів до управління у цій сфері. Ці етапи демонструють, як змінювався вплив держави на розвиток медичної реабілітації протягом XX – XXI ст., від початкових ініціатив до сучасних високо технологічних рішень, інтегрованих у загальну систему охорони здоров'я.

Таким чином етапізація генези публічного управління суспільною практикою медичної реабілітації в системі охорони здоров'я відображає поступову еволюцію від базових форм догляду та підтримки до комплексних, інноваційних підходів, що орієнтовані на індивідуальні потреби пацієнтів. Цей розвиток супроводжувався змінами в соціальній політиці, науково-технічним прогресом та зростаючим розумінням важливості інтеграції реабілітаційних послуг в загальну систему охорони здоров'я.

Також, вважаємо за необхідне окремо показати еволюцію міжнародного нормативно-правового та організаційного забезпечення у напрямках підтримки реабілітаційних процесів. Так, у 1950 р. соціально-економічною Радою ООН

було зроблено перший крок щодо міжнародного організаційно-правового визнання медичної реабілітації шляхом прийняття резолюції – Соціальної реабілітації інвалідів, у якій йшла мова про потребу міжнародного планування і створення програм з реабілітації фізичних осіб. Пізніше, у 1958 р. відбулось перше засідання Комітету експертів ВООЗ з медичної реабілітації, під час якого наголошувалося на необхідності її застосування для зменшення негативних фізичних, психічних і соціальних наслідків захворювань, зверталася увага на важливість розвитку реабілітаційних служб. Про всесвітнє визнання реабілітації свідчило створення у 1960 р. Міжнародної організації з реабілітації інвалідів, яка охопила близько 60 країн з усіх континентів. Ця організація співпрацює з ООН, ВООЗ, Всесвітньою організацією праці [48].

Згодом, у 1975 р. Генеральна Асамблея ООН прийняла Декларацію про права інвалідів [52]. У ній заявлялося, що люди з інвалідністю мають рівні громадянські і політичні права, як і всі інші особи, що дозволяє їм повністю розкрити свої можливості та сприяє їх соціальній інтеграції. Важливим аспектом Декларації є врахування особливих потреб людей з інвалідністю на всіх етапах розробки економічної та соціальної політики країни. А пізніше, Генеральною Асамблеєю ООН 1981 рік був проголошений Міжнародним роком інвалідів, а у 1982 році вона прийняла Всесвітню програму дій щодо інвалідів [53] та проголосила період з 1983 по 1992-й рік – Десятиріччям інвалідів, що дало змогу залучити держави – учасниці ООН до активного здійснення програми дій щодо людей з інвалідністю. Проголошені у Програмі цілі спрямовані на забезпечення рівності та повної участі людей з інвалідністю у суспільному житті та розвитку, що свідчить про зміну розуміння інвалідності міжнародним співтовариством. Людей з інвалідністю більше не вважають вразливими групами населення. Концепція розвитку соціальної самодостатності осіб з інвалідністю, яка включає заходи для створення умов адаптації людей цієї категорії змінила підхід, що базувався на принципі «вразливості» таких людей. Перехід на позиції, в основі яких лежать права людини, підкреслили «Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів», які викладені в Резолюції 48/96, прийнятій

Генеральною Асамблеєю ООН 20 грудня 1993 р. У низки країн вони були використані для розробки національного законодавства [54].

Варто зазначити, що разом з організаційно-правовим забезпеченням медичної реабілітації, у середовищі лікарів-спеціалістів відбувався процес формування документу, який би забезпечив класифікацію та стандартну міжнародну загальну мову з питань здоров'я, на засадах нового розуміння категорії осіб, які потребують реабілітаційних послуг.

Так, у 2001 р. Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я було схвалено Міжнародну класифікацію функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ), яка була і є актуальною на цей час інформаційною довідковою системою для стандартизованого опису станів здоров'я та впливу цих станів на якість життя людини у взаємодії з її середовищем [55].

Відповідно до головних засад про здоров'я та зміцнення здоров'я, експертами ВООЗ в цей період було імплементовано біопсихосоціальну модель (далі БПС-модель) розуміння здоров'я, як основу для МКФ. БПС-модель знайшла своїх прихильників завдяки діяльності Дж. Л. Енгеля, який прагнув своєю науково-практичною діяльністю посприяти зниженню домінуючого впливу біомедичного (вузькоспеціального) підходу в медицині, та активно пропагував більш цілісний підхід у медичній практиці. Інтерпретація БПС-модель Дж. Енгеля відображає розвиток хвороби через складну взаємодію біологічних факторів (генетичних, біохімічних тощо), психологічних факторів (настрій, особистість, поведінка тощо) та соціальних факторів (культурних, сімейних, соціально-економічних, медичних) [51].

Цього ж року Уряд Мексики пропонує Генеральній Асамблеї ООН створити Спеціальний комітет для розгляду пропозицій щодо створення Конвенції з питань захисту прав осіб з інвалідністю. У 2002 р. відбулось його перше засідання, на якому було обговорено можливість укладання нової Конвенції та участі громадських організації в цій роботі. Пізніше, у 2006 р. відбулось восьме засідання Спеціального комітету, на якому було завершено роботу із підготовки проекту Конвенції та окремого Факультативного протоколу.

У цьому ж році Генеральна Асамблея ООН схвалює Конвенцію ООН про права людей з інвалідністю та Факультативний протокол до неї [56]. Метою цієї Конвенції є сприяння, захист та забезпечення повного й рівного користування всіма людьми з інвалідністю усіма правами та основними свободами, а також пропагування поваги до їх гідності.

Основними принципами цієї конвенції є:

- повага до притаманної людині гідності, її особистої самостійності, включаючи свободу робити свій власний вибір, і незалежності;
- недискримінація;
- повне й ефективне залучення і включення у суспільство;
- повага до відмінностей людей з інвалідністю та їх прийняття як компоненту людського різноманіття і частини людства;
- рівність можливостей;
- доступність;
- рівність чоловіків і жінок;
- повага до здібностей дітей з інвалідністю, що розвиваються, і повага до права дітей з інвалідністю зберігати свою індивідуальність.

У Конвенції зроблено чіткий наголос на тому, що інвалідність повинна розглядатись, як результат взаємодії між особою та його/її оточенням. Адже «Інвалідність виникає у результаті великої кількості бар'єрів, що їх буде суспільство стосовно людей з інвалідністю, наприклад, таких, як стигма та дискримінація; недостатня доступність послуг з охорони здоров'я та реабілітаційних послуг чи проблем доступності транспорту, приміщень та інформації. Для людей з інвалідністю мають бути доступні можливості працевлаштування, щоб вони не жили в бідності або на благодійні пожертви. Послуги в сфері охорони здоров'я мають бути розроблені у такий спосіб, щоб задовольняти потреби людей з інвалідністю. Тому, власне, всі послуги мають бути доступні для людей з інвалідністю» (Етьєн Краг, фахівець ВООЗ з питань інвалідності) [49].

Згодом, у 2011 р. ВООЗ та Світовим банком було підготовлено Всесвітню доповідь щодо інвалідності, в якій визначаються основні бар'єри у суспільстві, пов'язані з «інвалідністю»:

- неадекватні заходи політики і стандарти, бо при формулюванні політики не завжди беруться до уваги потреби людей з інвалідністю або не вдається втілити на практиці наявні заходи політики та стандарти;
- нестача послуг, особливо для людей із інвалідністю, які є особливо вразливими перед нестачею послуг, таких як медичне обслуговування, реабілітація, підтримка та допомога;
- проблеми з наданням послуг, що є результатом слабкої координації послуг, нестачі кадрів та недостатній рівень професійної підготовки персоналу, що негативно позначається на якості, доступності та адекватності послуг для людей з інвалідністю;
- недостатнє фінансування, адже надані ресурси для реалізації політичних заходів та планів часто є недостатніми;
- відсутність доступності реабілітаційних послуг, бо багато будівель (включаючи об'єкти загального користування), системи транспорту та інформація не є доступними для всіх;
- неадекватні інформація і комунікація, адже інформація в доступних форматах обмежена і тому багато потреб людей з інвалідністю у сфері комунікації не задовольняються;
- відсутність консультування та включення в суспільне життя – більшість людей з інвалідністю не беруть участі у процесах прийняття рішень, що безпосередньо стосуються їхнього життя;
- відсутність даних і досвіду, бо недостатність точних, достовірних та порівняльних даних про інвалідність, а також відсутність досвіду реалізації ефективних програм може ускладнювати розуміння проблем і розробку практичних заходів [57].

Пізніше, у 2014 р. державами-членами ВООЗ був схвалений Глобальний план дій ВООЗ на 2014-2021 рр. з підтримки і реабілітації людей з обмеженням

життєдіяльності. Ця подія стала важливим кроком на шляху до забезпечення здоров'я, благополуччя та прав людини для людей з обмеженнями життєдіяльності. Серед пунктів Плану:

- покращення доступу до медичних послуг і програм;
- посилення та розширення реабілітації, допоміжних пристроїв та послуг підтримки, а також реабілітації на рівні громади;
- покращення збору актуальних і порівняльних на міжнародному рівні даних про обмеження життєдіяльності, а також дослідження з питань обмежень життєдіяльності та пов'язаних з нею послуг [58].

Реалізація цілей плану дій дозволяє людям з обмеженими можливостями краще втілювати свої прагнення у всіх сферах життя. Окрім того, у 2015 р. почалось впровадження 17 Цілей сталого розвитку, які є частиною Порядку денного сталого розвитку до 2030 року. Окремо «Ціль 3. Міцне здоров'я і благополуччя» полягає у забезпеченні здорового способу життя та добробуту людей будь-якого віку, що окрім боротьби з інфекційними захворюваннями стосується безпосередньо і розвитку послуг з медичної реабілітації. Загалом цілі спрямовані на «мобілізацію зусиль, спрямованих на подолання всіх форм бідності, боротьбу з нерівністю та зміною клімату, забезпечуючи при цьому, щоб ніхто не залишився осторонь» [59].

Згодом, у 2017 р. ВООЗ було оприлюднено Ініціативу Реабілітація 2030 із закликом до дій щодо розширення масштабів реабілітації, щоб країни були готові задовольнити зростаючі потреби населення до 2030 року. Серед пріоритетних напрямків:

- створення сильного керівництва та політичної підтримки реабілітації на субнаціональному, національному та глобальному рівнях;
- посилення планування та впровадження реабілітації на національному та субнаціональному рівнях, у тому числі в рамках готовності та реагування на надзвичайні ситуації;

- поліпшення інтеграції реабілітації в сектор охорони здоров'я та зміцнення міжсекторальних зв'язків для ефективного задоволення потреб населення;
- включення реабілітації до загального охоплення медичним обслуговуванням;
- створення комплексних моделей надання реабілітаційних послуг для поступового досягнення справедливого доступу до якісних послуг, у тому числі допоміжних продуктів, для всього населення, включно з жителями сільських і віддалених районів;
- розвиток сильної міждисциплінарної робочої сили з реабілітації, яка підходить для контексту країни, і просування концепцій реабілітації в усій освіті кадрів охорони здоров'я;
- розширення фінансування реабілітації через відповідні механізми;
- збір інформації, що стосується реабілітації, для вдосконалення інформаційних систем охорони здоров'я, включаючи дані про реабілітацію на системному рівні та інформацію про функціонування з використанням Міжнародної класифікації функціонування, інвалідності та здоров'я (ICF);
- розбудова дослідницького потенціалу та розширення доступності надійних доказів для реабілітації;
- створення та зміцнення мереж і партнерства в реабілітації, особливо між країнами з низьким, середнім і високим рівнем доходу [60].

Ця програма стала путівником для організації майбутніх міжнародних співпраць і створення рекомендаційних документів щодо ефективної інтеграції медичної реабілітації.

Таким чином, розвитку систем медичної реабілітації насамперед посприяла еволюція відношення до осіб з обмеженням життєдіяльності. Так, нами було визначено, що цей процес трансформації відбувався у три етапи:

1) ізоляція (XVI – друга половина XX ст.) на якому відбулося визнання людей з інвалідністю, з відчуженням їх від суспільства;

2) інтеграція (друга половина XX – кінець XX ст.) – відбулося визнання людей з інвалідністю, з визначенням їх статусу та подальшою інтеграцією до суспільства;

3) адаптація (початок XXI ст.) - визначення обмеження життєдіяльності, як універсального людського досвіду, який є етіологічно нейтральним, не визначається статусом інвалідності; і осіб з обмеженням життєдіяльності, як соціально самодостатніх людей, що потребують адаптації відповідно до їх особистих цінностей в процесі їх життєвого досвіду.

Підсумовуючи зазначимо, що генеза публічного управління суспільною практикою медичної реабілітації в системі охорони здоров'я за період початок XX – початок XXI століття пройшла декілька ключових етапів, кожен з яких відображає зміну парадигм в підходах до управління охороною здоров'я та надання медичних послуг. Тому нами виокремлено наступні етапи розвитку медичної реабілітації та публічного управління у цій сфері: етап раннього становлення, етап післявоєнного розвитку, етап інституційного розвитку та професіоналізації, етап реформування та соціальної інтеграції, етап технологічного прориву та інноваційно-телеметричний етап. Надано розгорнуті характеристики кожного з етапів, що надало змогу прослідкувати історичну логіку розвитку медичної реабілітації й зміну державних пріоритетів та інституційних підходів до управління у цій сфері.

Таким чином, система публічного управління охороною здоров'я займає ключову роль у задоволенні потреб відновлення здоров'я, що передбачає діяльність з медичної реабілітації, як суспільства загалом, так і різних учасників суспільних відносин зокрема. Так, починаючи із нормативно-правового забезпечення прав осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю, чи додаткових пільгових категорій, міжнародна спільнота дійшла до формування сучасного бачення системи медичної реабілітації, що відображається в імплементації в державні політики реабілітаційної стратегії охорони здоров'я, біопсихосоціальної моделі обмеження повсякденного

функціонування/життєдіяльності та Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я.

1.3. Інституційне забезпечення системи публічного управління у сфері охорони здоров'я та медичної реабілітації

Інституційне забезпечення системи публічного управління на наш погляд доцільно розглядати з точки зору синергетичного впливу двох ключових механізмів публічного управління: нормативно-правового та організаційного. Тому саме і цій логічній послідовності буде викладено матеріал у даному підрозділі.

В Україні функції публічно-управлінської діяльності у сфері охорони здоров'я реалізуються на підставі нормативно-правової бази, що визначає правове положення суб'єктів у сфері охорони здоров'я, передбачає забезпечення права людини на здоров'я, регулювання надання медичних послуг та реалізацію державної політики у цій сфері. У першу чергу, здійснення правового забезпечення охорони здоров'я передбачено в Конституції України [1, ст.49] та виражено через такі правомочності: право на охорону здоров'я, право на медичну допомогу, право на медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Щодо медичної допомоги, то держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно. Також до обов'язків держави в управлінні сферою здоров'я віднесено підтримання розвитку фізичної культури і спорту, забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення.

Базовий документ, який є основою медичного законодавства України, - це Закон України «Основи законодавства про охорону здоров'я» [12], який визначає, що кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на

охорону здоров'я, а суспільство і держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу України, забезпечують пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави, поліпшення умов праці, навчання, побуту і відпочинку населення, розв'язання екологічних проблем, вдосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя. Основи законодавства України про охорону здоров'я визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулюють суспільні відносини у цій сфері з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їх здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості [12].

На підставі означених базових документів, відбуваються процеси публічного управління та адміністрування в сфері охорони здоров'я, яке за визначенням А. О. Неугоднікова [61, с.64], є регламентованою законами та іншими нормативно-правовими актами виконавчо-розпорядчою діяльністю щодо охорони та забезпечення належного стану повного фізичного, психічного і соціального благополуччя шляхом прийняття адміністративних рішень та надання встановлених законами послуг у сфері охорони здоров'я.

Відповідно до предмету нашого дослідження необхідно більш докладно зупинитися на основних положеннях Закону України № 1053-IX «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [37] (далі Закон №1053), який визначає правові, організаційні та економічні засади проведення реабілітації особи з обмеженнями повсякденного функціонування у сфері охорони здоров'я з метою досягнення та підтримання оптимального рівня функціонування у її середовищі. Закон чітко розкриває мету, основні принципи та завдання державної політики щодо реабілітації у сфері охорони здоров'я. Так, метою державної політики щодо реабілітації у сфері охорони здоров'я є створення умов для ефективної реабілітації, забезпечення доступності навколишнього середовища, можливості вести самостійний спосіб життя і всебічно брати участь у всіх аспектах життя

суспільства, сприяння створенню середовища, що організоване відповідно до вимог універсального дизайну та розумного пристосування [37, ст. 6]. Досягнення означеної мети має забезпечувати дотримання основних принципів проведення реабілітації, що визначені ст.5 Закону №1053 (табл. 1.2).

Зважаючи на вище означені мету і принципи можна стверджувати, що основними завданнями державної політики щодо реабілітації у сфері охорони здоров'я є:

- забезпечення координованості принципів проведення реабілітації, реабілітаційних послуг, а також доступність допоміжних засобів реабілітації та медичних виробів (виробів медичного призначення);
- регламентація правових, економічних, соціальних умов проведення реабілітації з урахуванням функціональних можливостей осіб з обмеженнями повсякденного функціонування, потреби у допоміжних засобах реабілітації та медичних виробках (виробках медичного призначення);
- впровадження міжнародних стандартів реабілітації та психологічної допомоги в реабілітації;
- створення умов для якісного матеріально-технічного, фінансового, кадрового та науково-методичного забезпечення реабілітації;
- створення рівних умов для всіх осіб, залучених до надання реабілітаційної допомоги, та постачальників допоміжних засобів реабілітації;
- формування ефективної системи управління якістю реабілітаційної допомоги [37].

Таблиця 1.2

Загальні принципи проведення реабілітації

Принцип	Зміст принципу
Пацієнто-центричність	передбачає планування та проведення реабілітації з урахуванням потреб, можливостей та побажань особи, якій надається реабілітаційна допомога, або її законного представника та членів її сім'ї, а також безпосередню їх участь у розробленні, реалізації та внесенні змін до індивідуального реабілітаційного плану
цілеспрямованість	організація процесу реабілітації має спрямовуватися на досягнення довго- та короткострокових завдань
своечасність	реабілітація має розпочинатися під час гострого реабілітаційного періоду або

	одразу після стабілізації стану здоров'я з хронічним перебігом, індивідуальний реабілітаційний план має змінюватися відповідно до зміни функціонального стану особи, якій надається реабілітаційна допомога
послідовність	кожний наступний етап процесу реабілітації має бути пов'язаний з попереднім етапом, бути підґрунтям для наступного етапу та враховувати фактичні зміни функціонального стану особи, якій надається реабілітаційна допомога
безперервність	процес реабілітації має відбуватися безперервно протягом всіх реабілітаційних періодів;
функціональна спрямованість	реабілітаційна допомога має бути спрямована на досягнення оптимального рівня функціонування та якості життя особи у її середовищі

Джерело: складено автором за даними [37, ст. 5]

Важливим для розкриття нашої теми є визначення ст.8 Закону №1053 [37, с.8] поняття системи реабілітації де чітко означено, що:

1. Система реабілітації складається із суб'єктів реабілітації, їхніх прав та обов'язків, відносин між ними, урегульованих законодавством, а також визначених законодавством вимог, протоколів та нормативів надання реабілітаційної допомоги.

2. Система реабілітації ґрунтується на біопсихосоціальной моделі обмеження повсякденного функціонування/життєдіяльності, реабілітаційній стратегії охорони здоров'я та Міжнародній класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я.

3. Біопсихосоціальна модель характеризує обмеження повсякденного функціонування/життєдіяльності як результат взаємодії особи з навколишнім середовищем, зокрема фізичних, психологічних та середовищних чинників, з метою забезпечення здатності особи підтримувати максимально високий рівень здоров'я та благополуччя, а також максимально ефективно функціонувати в суспільстві.

4. Реабілітаційна стратегія охорони здоров'я є окремою стратегією охорони здоров'я, головною метою якої є досягнення оптимального рівня функціонування особи у взаємодії з її навколишнім середовищем, соціальної інтеграції та незалежності, для чого використовуються інтегровані підходи до оптимізації участі, розбудови та зміцнення ресурсів особи, забезпечення

сприятливості навколишнього середовища та залучення особи до взаємодії з її навколишнім середовищем. [37, ст.8]

Таким чином, в Україні затверджено біопсихосоціальною модель (БПС-модель) реабілітації як частину національної системи реабілітації та як стратегічний напрям розвитку реабілітаційного процесу. Проте цей напрям в сфері охорони здоров'я в Україні лише набуває свого становлення. Тому доцільно дослідити, що передувало визнанню БПС-моделі та поточному стану її впровадження в систему медичної реабілітації. При цьому процес формування системи медичної реабілітації в сфері охорони здоров'я в Україні нами було умовно розділено на два етапи. Головними чинниками, які передбачають етапність, є трансформація поглядів на визначення суб'єктів-отримувачів реабілітаційної допомоги та різність моделей, відповідно до яких відбувається діяльність з медичної реабілітації в сфері охорони здоров'я.

Так, зважаючи на вищевикладене ними виокремлено два етапи, які передували впровадженню БПС-моделі реабілітації:

1) фрагментарний етап (1991 – 2018), який характеризується виокремленням категорій суб'єктів-отримувачів реабілітаційної допомоги (особи з інвалідністю, діти з інвалідністю) та організаційно-правовим забезпеченням діяльності з медичної реабілітації відповідно до біомедичної моделі здоров'я;

2) системний етап (2018 – дотепер), з наступом якого відбулось визначення загальної категорії осіб з обмеженням повсякденного функціонування/життєдіяльності як суб'єктів-отримувачів реабілітаційної допомоги та організаційно-правовим забезпеченням діяльності з медичної реабілітації відповідно до біопсихосоціальної моделі здоров'я; і пізніше оформлення системи реабілітації та реабілітаційної стратегії, як окремої стратегії охорони здоров'я.

Так, під час *першого етапу* діяльність з медичної реабілітації в сфері охорони здоров'я регламентувалась наступними нормативно-правовими документами [62-69] (Додаток В [1-9].)

Разом з тим, у 2014 році з початком антитерористичної операції на сході України (АТО), окремою категорією суб'єктів-отримувачів реабілітаційної допомоги на законодавчому рівні було визначено учасників АТО. Звичайно, воїни, які захищають незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України повинні мати доступ в тому числі до кваліфікаційної реабілітаційної допомоги. Ми лише визначаємо, що стан медичної реабілітації на той час, а саме відсутність системи медичної реабілітації відповідно до сучасних засад передбачав реактивність в організаційно-правовому забезпеченні. Іншими словами, підхід виокремлення категорій суб'єктів-отримувачів реабілітаційної допомоги не передбачав забезпечення реабілітаційною допомогою осіб, які не відповідають статусу визначеної категорії.

Так, до переліку нормативно-правових документів, що регламентують надання реабілітаційної допомоги учасникам АТО, додалися наступні нормативні документи [70-75] (**Додаток В [10-15]**)

На цьому етапі 24 вересня 2008 р. Україна приєдналася до міжнародного співробітництва з питань нормативно-правового забезпечення рівних прав і можливостей для осіб з інвалідністю, шляхом підписання у штаб-квартирі ООН у Нью-Йорку - Конвенції ООН про права інвалідів та Факультативний протокол до неї. Пізніше, 16 грудня 2009 р. Конвенція ООН про права інвалідів була ратифікована Верховною Радою України.

Другий етап формування системи медичної реабілітації в сфері охорони здоров'я в Україні, на нашу думку, розпочався наприкінці 2017-2018 року, разом із затвердженням плану на впровадження базових документів, зокрема [76-78]:

– Розпорядження Кабінету Міністрів України № 1008-р «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» від 27.12.2017 р. [76];

– Накази Міністерства охорони здоров'я України № 2331 «Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій

працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я» від 13.12.2018[77] та № 668 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 жовтня 2002 року № 385» від 25.03.2019 [78], на підставі яких до посад професіоналів у галузі охорони здоров'я додаються: лікар фізичної та реабілітаційної медицини, фізичний терапевт, ерготерапевт; до посад фахівців у галузі охорони здоров'я додаються: асистент фізичного терапевта, асистент ерготерапевта.

У 2018 році відбулась презентація українського перекладу 3-го видання «Білої Книги з фізичної та реабілітаційної медицини в Європі» (3rd edition of The White Book of Physical and Rehabilitation Medicine in Europe) на відкритті XVIII Міжнародної науково-практичної конференції «Фізична та реабілітаційна медицина в Україні: впровадження мультипрофесійного підходу на етапах реабілітації» у Києві (17.12. 2018 р) [79]. І відповідно до новостворених посад професіоналів і фахівців, в медичних закладах вищої освіти України починають створюватися матеріально-організаційні бази для підготовки майбутніх реабілітологів.

У серпні 2020 року Всесвітня організація охорони здоров'я оцінила ситуацію з реабілітацією в українській системі охорони здоров'я, за результатами якої у 2021 році була представлена доповідь. Серед проблем забезпечення системи реабілітації в сфері охорони здоров'я були визначені наступні [80, с. 14-15]:

– немає встановленої структури між відповідальними за організацію медичною реабілітації в країні органами. В Україні існує декілька координаційних центрів реабілітації: Міністерство охорони здоров'я та Міністерство соціальної політики. Окрім цього, інші міністерства також відіграють певну роль у медичній реабілітації, але немає встановленої структури, у рамках якої питання реабілітації діляться та обговорюються. Відсутність системної координації може перешкоджати раціональному підходу до розвитку сектору реабілітації;

– Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» від 2005 року забороняє реабілітацію особам із захворюваннями, які мають обмеження у життєдіяльності: доки реабілітація не буде визнана фундаментальною частиною безперервної медичної допомоги, вона й надалі розглядатиметься в основному як послуга для інвалідів;

– відсутня Національна стратегія медичної реабілітації;

– медична реабілітація погано зрозуміла, а термінологія медичної реабілітації в юридичних документах не узгоджена із сучасними нормами;

– фінансування медичної реабілітації є фрагментарним, з відсутньою консолідованою лінією інформації з цього питання.

Вищезазначені організаційно-правові зміни хоч і стали першими кроками на шляху до розбудови майбутньої системи реабілітації, ситуація в цьому питанні вимагала більш значних зрушень. Передумовою до них, з одного боку, була консультаційна співпраця на рівні українського уряду та міжнародних організацій, як ВООЗ, з іншого – активний науковий пошук вітчизняних дослідників та експертів у питаннях розвитку системи забезпечення діяльності з медичної реабілітації в Україні.

Аналізу проблем, загроз та перспектив розвитку медичної реабілітації та публічного управління у цій сфері в Україні присвячено низка праць вітчизняних науковців.

Так, як зазначали О.В. Яремчук та І.А. Берлінець [81, с. 5] основними проблемами державного управління у сфері медичної реабілітації є:

– недосконалість та неврегульованість законодавчої та нормативної бази;

– відсутність уніфікації стандартів надання реабілітаційної допомоги, незалежно від підпорядкування закладу, де вона надається;

– кадрове забезпечення процесу реабілітації, яке не досягає світових та європейських стандартів;

- створення власних мультидисциплінарних реабілітаційних команд.

До цього переліку ми додали б відсутність інституційних структур, які б прямо відповідали за надання реабілітаційних послуг тим, хто їх потребує.

Про недосконалість законодавчої та нормативної бази йдеться у праці В.В. Брич [82, с. 1] де зазначається, що в Україні медико-соціальна реабілітація законодавчо та нормативно оформлена лише для осіб з інвалідністю, про що свідчить прийняття ще 2005 році у Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» [64]. Відповідно до нього, законодавчо закріпленими є норми, що лише стосуються осіб з інвалідністю і вони не поширюються на все інше населення. Це не відповідає сучасним уявленням про медичну реабілітацію, міжнародним принципам справедливості та рівного доступу до реабілітаційних послуг.

Тому серед науковців і практиків давно піднімається питання щодо необхідності швидких і дієвих реформ системи публічного управління у сфері медичної реабілітації. Так, науковці В.І. Шевчук, Н.М. Беляєва, О.Б. Яворовенко [83, с. 189] у своїй роботі акцентували увагу на тому, що серед міністерств, клінічних спеціалістів, представників ВООЗ та громадських організацій існує загальне уявлення, що в системі реабілітації необхідна реформа, в тому числі з питань покращення загального розуміння інвалідності, сучасної структури кадрів у сфері реабілітації з вищим рівнем підготовки та збільшення спроможності реабілітаційних послуг

Своєю чергою, С.Г. Богданов [84, с. 45-46] робив акцент на тому, що у питаннях організації ефективної системи медичної реабілітації та якісного надання реабілітаційних послуг є багато гравців і зацікавлених сторін. Внаслідок чого неминучим і природним є конфлікт інтересів під час узгодження цілей та перерозподілу ресурсів. Також, автор зазначив, що для забезпечення ефективного функціонування державного механізму організації медичної реабілітації в Україні, необхідно:

- визначити кількість, послідовність і характер процесів, що складають систему реабілітації;

- розробити (адаптувати) для кожного процесу відповідні інструменти, методики, технічні засоби.

Окремі автори [81, 85] надають свої пропозиції з вирішення означених проблем, зокрема :

- розробка єдиної державної обов’язкової програми розвитку медичної реабілітації і надання реабілітаційної допомоги і послуг;

- уніфікація процесу надання реабілітаційної допомоги, починаючи від сімейного лікаря чи будь-якого іншого спеціаліста, хто вперше зіштовхується з особою, котра потребує медичної реабілітації;

- удосконалення системи здобуття професійної освіти і забезпечення процесу підвищення кваліфікації фахівців у цій сфері;

- розробка дієвої концепції інтеграції реабілітаційних заходів до протоколів надання первинної медико-санітарної допомоги [81, с. 6],

або ж:

- сформувати єдиний орган державної влади, який буде координувати усі міністерства і відомства з питань реабілітації, прийняти низку законів та підзаконних актів з питань її адміністрування;

- запровадити нові освітні програми та навчальні плани, стандарти, які визнані міжнародною професійною спільнотою, а також впровадити нові моделі реабілітаційних послуг;

- зміцнити матеріально-технічну базу реабілітаційних закладів відповідно до міжнародних стандартів [85, с. 180].

Таким чином, можна констатувати, що результати досліджень та висновки вітчизняних науковців щодо ситуації з організаційно-правовим забезпеченням медичною реабілітації в Україні корелювали з висновками Всесвітньої організації охорони здоров’я з цього питання. Ми оцінюємо зазначені висновки щодо наявних проблем у цій сфері обґрунтованими, і рекомендації щодо їх вирішення – логічними та комплексними. Що, в свою чергу, відкриває нам додаткові можливості у досягненні головної мети наукового дослідження, а саме дефрагментації знань в контексті публічного управління

системою реабілітації в Україні, та пошуку шляхів до підвищення ефективності діяльності з медичної реабілітації в Україні.

Зазначимо, що результатом системного процесу висвітлення наявних проблем в останні роки відбулися зрушення у нормативно-правовій базі України – були усунуті деякі проблеми концептуальної недосконалості в публічному управлінні медичною реабілітацією, а саме оформлення реабілітаційної стратегії охорони здоров'я та визначення осіб з обмеженнями повсякденного функціонування / життєдіяльності, як загальної категорії суб'єктів-отримувачів реабілітаційної допомоги.

Так, 3 грудня 2020 року з підписанням Президентом України Володимиром Зеленським Закону України № 1053-ІХ «Про реабілітацію в сфері охорони здоров'я» [37] було зроблено великий крок до розбудови публічного управління системою реабілітації в сфері охорони здоров'я.

Зазначений документ визначив категоріально-понятійний апарат медичної реабілітації та став законним джерелом для всіх суб'єктів процесу медичної реабілітації.

Незважаючи на великі виклики: поширення коронавірусної інфекції та її негативних наслідків, починаючи з 2020 року; пізніше, з 24 лютого 2022 року, відкритого воєнного нападу РФ на Україну з великою кількістю руйнувань інфраструктури та жертв серед населення, медична реабілітація в питаннях організації та права продовжила свій розвиток.

Так, за ініціативою Першої леді України Олени Зеленської та її команди, 14 квітня 2021 р. Кабінетом Міністрів України було схвалено розпорядження № 366-р «Національну стратегію із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року», однією із стратегічних цілей якої є сфокусованість державної політики на підвищенні рівня здоров'я, забезпеченні фізичної активності населення.

Цільовим індикатором визначено:

– запровадження системи оцінки втрати функціональності на основі принципів Міжнародної класифікації функціонування, обмеження

життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків;

– запровадження комплексних реабілітаційних та абілітаційних послуг, спрямованих на підвищення якості життя, активності, працездатності та залучення у всі форми суспільного життя [86].

На нашу думку, Національна стратегія із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року, разом з тим, що стала дотичною до завдань реабілітаційної стратегії охорони здоров'я, розширила концепцію триєдиної біопсихосоціальної моделі на законодавчому рівні.

Окрім цього, що є чуттєвим і важливим питанням в країні з тривалими бойовими діями, Кабінет Міністрів України 30 червня 2021 р. постановою № 667 «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» затвердив відповідний план [87].

Однак під час аналізу цього документу, нами визначено наступні дискусійні питання.

А) Виокремлення окремої вразливої категорії суспільства (ветеранів війни та їх сімей) не відповідає сучасній моделі обмеження життєдіяльності.

На нашу думку, це може негативно вплинути у першу чергу на самих осіб вразливої категорії. І ветеранам війни варто проходити реінтеграцію в суспільство ще на етапі реабілітації в рамках Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні, відповідно до принципів Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я. Ми вважаємо, що з урахуванням всіх ризиків і створенням відповідних превентивних заходів, паралельно медичній реабілітації, можна забезпечити ефективну реінтеграцію ветеранів війни у суспільство, і попередити формування упередженого відношення суспільства до ветеранів війни, які могли зазнати значних обмежень життєдіяльності, як до вразливої категорії.

Б) Серед відповідальних за виконання плану визначено більше десяти міністерств та інших органів.

Ми вважаємо, що такий розподіл відповідальності створює ризики для ефективної координації і раціонального підходу до розвитку медичної реабілітації. Більш того, це питання було визначено в якості однієї з проблем у доповіді Всесвітньої організації охорони здоров'я після оцінки ситуації з реабілітації в українській системі охорони здоров'я, у 2020 р.

Разом з тим, що у 2020-2021 роках в Україні законодавчо було оформлено нове концептуальне бачення щодо діяльності з реабілітації та категорій суб'єктів-отримувачів реабілітаційної допомоги, інституційний рівень організації у нормативно-правовій базі було врегульовано у наступних документах. Так, 3 листопада 2021 р. Кабінет Міністрів України Постановою № 1268 «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я» затвердив: Порядок організації надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я; Типове положення про реабілітаційне відділення, підрозділ; Типове положення про мультидисциплінарну реабілітаційну команду [88].

Пізніше, 16 листопада 2022 р. Міністерство охорони здоров'я України Наказом № 2083 «Про затвердження Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах» визначає відповідні маршрути для осіб які потребують реабілітації, та окремо Міжнародний стандарт неврологічної класифікації травми спинного мозку American Spinal Injury Association [89].

Цього ж року, Постановою № 1462 «Деякі питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я» від 16 грудня 2022 р. Кабінет Міністрів України затверджує: Державний типовий план реабілітації осіб з обмеженнями повсякденного функціонування; Порядок забезпечення осіб з обмеженнями повсякденного функціонування медичними виробами, в тому числі допоміжними засобами реабілітації; Положення про індивідуальний реабілітаційний план, порядок його фінансування та реалізації [90].

Окрім цього, 29 грудня 2022 року Наказом Міністерства економіки України № 5573 «Про затвердження зміни № 11 до національного класифікатора ДК 003:2010» в національному класифікаторі професій закріплюється нова назва реабілітаційної професії «Сестра медична (брат медичний) з реабілітації» [91].

Проте стрімкий процес у нормативно-правовому врегулюванні реабілітаційної діяльності не призвів до відповідної мобілізації ресурсів щодо удосконалення системи реабілітації. Це було зазначено на початку 2023 року у Звіті за результатами роботи Місії технічної підтримки України з питань обмежень життєдіяльності, реабілітації та допоміжних технологій Всесвітньої організації охорони здоров'я, що проходила 10 липня – 6 серпня 2022 року. Так, серед головних організаційних проблем у питанні забезпечення реабілітаційної діяльності в Україні були визначені наступні:

- обмеженість людських ресурсів (як у кількості, так і у професійних навичках) є основним бар'єром для покращення реабілітаційної допомоги, особливо в умовах надзвичайної ситуації, що не може бути вирішено шляхом надання обладнання чи короткострокових тренінгів;

- відсутність амбулаторних послуг і послуг на рівні територіальних громад є головним бар'єром для ефективного надання реабілітаційних послуг впродовж континууму допомоги та створює значні виклики в умовах надзвичайної ситуації;

- доступ до поранених військових у цивільних лікарнях є обмеженим та міжнародні партнери не мають доступу до поранених військових, за виключенням короткотривалого перебування (гострий реабілітаційний період) у цивільній системі охорони здоров'я. Багато лікарень не перевантажені реабілітаційними потребами, пов'язаними із пораненими військовими, окрім ключових лікарень. Викликає занепокоєння місцезнаходження військовослужбовців, які потребують реабілітації, та їх доступ до сучасної реабілітаційної допомоги;

– існують глибоко вкорінені системні бар'єри, пов'язані із «культурою практики», включаючи низьку обізнаність про реабілітацію в деяких закладах та окремих клінічних відділеннях, та високу залежність в інших центрах від фізіотерапевтичних модальностей радянських часів;

– стандартизовані реабілітаційні маршрути для скерування до спеціалізованої реабілітації (включаючи протезування та ортезування) є відсутніми, що загрожує негайним результатам щодо здоров'я для всіх пацієнтів та це є бар'єром для цілеспрямованої підтримки системи охорони здоров'я;

– існуючі нормативні акти та політики обмежують забезпечення допоміжними засобами реабілітації (включаючи ортези, милиці та крісла колісні) впродовж гострого реабілітаційного періоду, оскільки це окреме фінансування від міністерств охорони здоров'я та соціальної політики. Отже, пацієнти, які потребують засобів після виписки з лікарень (після закінчення гострої та післягострої стаціонарної реабілітації) часто виписуються без допоміжних засобів реабілітації та повинні чекати схвалення своєї заявки щодо фінансування з боку Міністерства соціальної політики Кабінету Міністрів України та оплачувати з кишені або сподіватися на фінансову підтримку членів сім'ї [92, с.4].

Якщо розглядати медичну реабілітації, як об'єкт впливу публічного управління у сфері охорони здоров'я, то важливо розуміти яким чином вона здійснює свою діяльність та на яких засадах відбувається регламентація цієї діяльності в Україні. Так, відповідно до Закону України № 1053-IX «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» від 3.12.2020 р., система медичної реабілітації:

1) складається з суб'єктів медичної реабілітації, їхніх прав та обов'язків, відносин між ними, урегульованих законодавством, а також визначених законодавством вимог, протоколів та нормативів надання реабілітаційної допомоги;

2) ґрунтується на біопсихосоціальній моделі обмеження повсякденного функціонування/життєдіяльності, реабілітаційній стратегії охорони здоров'я та

Міжнародній класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я.

У свою чергу, біопсихосоціальна модель характеризує обмеження повсякденного функціонування/життєдіяльності як результат взаємодії особи з навколишнім середовищем, зокрема фізичних, психологічних та середовищних чинників, з метою забезпечення здатності особи підтримувати максимально високий рівень здоров'я та благополуччя, а також максимально ефективно функціонувати в суспільстві [37, ст. 8]. Серед категорій суб'єктів реабілітації є наступні: суб'єкти – отримувачі реабілітаційної допомоги; суб'єкти організаційно-управлінського забезпечення медичної реабілітації; суб'єкти – надавачі реабілітаційної допомоги (табл. 1.3) [37].

Таблиця.1.3

Структура суб'єктів системи медичної реабілітації в Україні

Суб'єкти – отримувачі реабілітаційної допомоги
<ul style="list-style-type: none"> – особи з обмеженнями повсякденного функціонування/життєдіяльності – особи з інвалідністю – діти з інвалідністю
Суб'єкти організаційно-управлінського забезпечення медичної реабілітації
<ul style="list-style-type: none"> – органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування, які реалізують державну політику щодо системи реабілітації у сфері охорони здоров'я – уповноважені органи професійного самоврядування та громадські об'єднання фахівців з реабілітації – суб'єкти, які здійснюють кадрове та наукове забезпечення системи реабілітації – громадські об'єднання осіб з обмеженнями повсякденного функціонування/життєдіяльності, осіб з інвалідністю та фахівців з реабілітації
Суб'єкти – надавачі реабілітаційної допомоги
<ul style="list-style-type: none"> – фахівці з реабілітації – реабілітаційні заклади, відділення, підрозділи, інші уповноважені суб'єкти господарювання; – мультидисциплінарні реабілітаційні команди – медико-соціальні експертні комісії (лікарсько-консультативні комісії закладів охорони здоров'я – щодо дітей з інвалідністю)

Джерело: розроблено автором на основі матеріалів [37]

Таким чином можемо констатувати, що нормативно-правова складова інституційного забезпечення публічного управління у сфері медичної реабілітації є доволі динамічною, постійно удосконалюється та рухається у бік

адаптації до міжнародних норм і стандартів. Однак при цьому вітчизняне законодавство ще лише набирає ознак системності й має значний потенціал для свого поліпшення.

З іншого боку інституційне забезпечення публічного управління у сфері охорони здоров'я та медичної реабілітації включає різні організації, установи та структури, які беруть участь у розробці, впровадженні й контролі реалізації державних політик у сфері охорони здоров'я перелік яких та узагальнених функцій, що вони виконують ми узагальнили в таблиці 1.4.

Ці інституції разом створюють систему, яка забезпечує розробку, впровадження та моніторинг політик у сфері охорони здоров'я, спрямованих на поліпшення здоров'я населення та ефективного управління медичними ресурсами.

Таблиця 1.4.

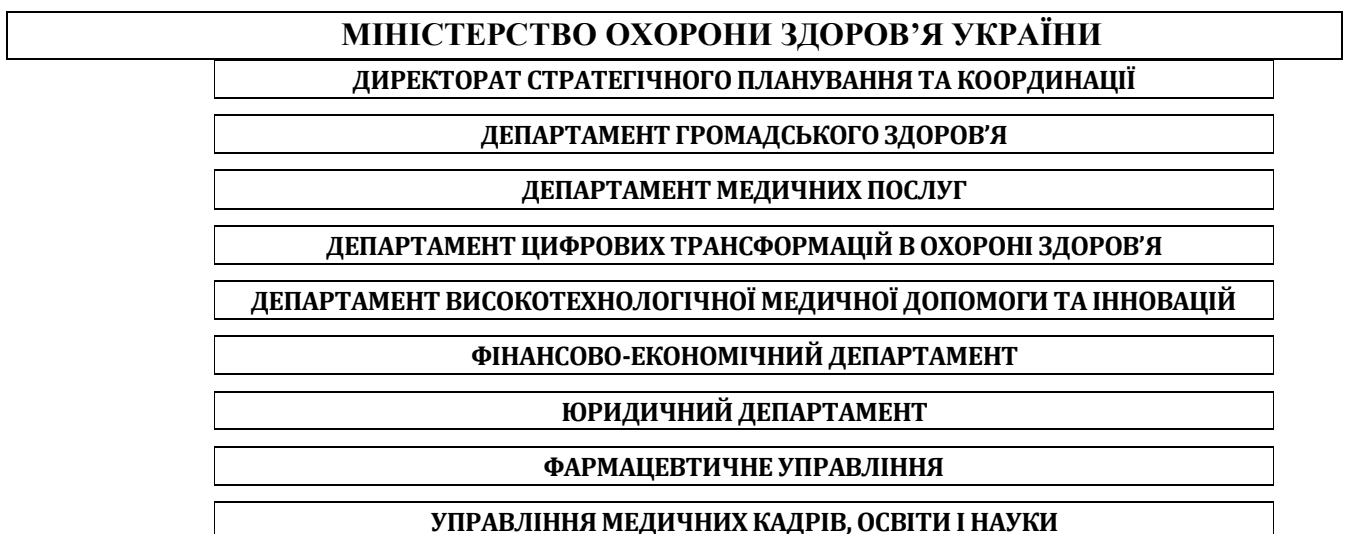
Інститути публічного управління сферою охорони здоров'я та їх функції

Інститути	Функції
Кабінет Міністрів України (КМУ)	Проведення політики у сфері охорони здоров'я, розроблення і здійснення заходів із створення матеріально-технічної бази для розвитку системи охорони здоров'я.
Міністерство охорони здоров'я (МОЗ)	Розробка та реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я, координація діяльності медичних установ, розробка нормативних актів, управління національними програмами охорони здоров'я.
Національна служба здоров'я України (НСЗУ)	Контрактування з постачальниками медичних послуг, забезпечення фінансування медичних послуг через механізми медичного страхування, моніторинг та оцінка якості наданих послуг, аналіз даних для прогнозування потреб населення в медичних послугах, розробка програми медичних гарантій,
ДП «Медичні закупівлі України»	Стратегічні та високовартісні закупівлі державного рівня із прозорим, антикорупційним механізмом формування потреб, відповідних медико-технічних вимог і контролем ефективності їх використання
ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»	Науково-аналітична організація, що забезпечує підґрунтя для формування політики збереження здоров'я населення, розробки національних стандартів здоров'я, формуванні нових знань у питаннях здоров'я та біобезпеки.
ДП «Державний експертний центр»	Регулювання клінічних випробувань та державної реєстрації лікарських засобів, стандартизація медичної допомоги та оцінюванням медичних технологій.
ДП «Електронне здоров'я»	Адміністратор та координатор розвитку цифрової платформи охорони здоров'я на якій створюється постійна гармонічна потреба функціонала й стандартизації, який задовольняється як ринком, так і державою
Місцеві органи охорони здоров'я	Впровадження національних програм на місцевому рівні, управління місцевими медичними закладами, забезпечення доступності медичних послуг для населення на місцевому рівні.
Державна санепідемслужба	Проведення епідеміологічного нагляду, контроль за санітарно-гігієнічними умовами, впровадження заходів з профілактики інфекційних захворювань.
Науково-дослідні інститути та університети	Проведення наукових досліджень у сфері охорони здоров'я, розробка нових методик та технологій лікування, підготовка та підвищення кваліфікації медичних працівників.

Професійні медичні асоціації	Представлення інтересів медичних працівників, розробка стандартів професійної діяльності, сприяння професійному розвитку та етичним стандартам
Громадські організації та благодійні фонди	Захист прав пацієнтів, організація просвітницьких кампаній, підтримка вразливих груп населення, збір та розподіл благодійних коштів для підтримки медичних закладів.
Міжнародні організації та їх представництва	Співпраця з ВООЗ, ЮНІСЕФ, Червоним Хрестом та іншими організаціями для обміну досвідом, отримання технічної та фінансової допомоги, впровадження міжнародних стандартів охорони здоров'я
Приватні медичні заклади	Надання медичних послуг на комерційній основі, впровадження інноваційних методик лікування, співпраця з державними органами для забезпечення якості медичних послуг, у т.ч. з реабілітації .
Страхові компанії	Управління медичним страхуванням, забезпечення фінансового покриття медичних витрат, співпраця з медичними закладами для забезпечення доступу до медичних послуг.
Державна аудиторська служба	Контроль за ефективним використанням бюджетних коштів, виділених на охорону здоров'я, проведення аудитів та перевірок

Джерело: складено автором за даними [46,61,81]

Загальне управління системою охорони здоров'я здійснює Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ), яке є центральним органом виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України. МОЗ є головним органом у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, одним із завдань якого є затвердження порядку та ресурсне забезпечення медичної реабілітації населення [16]. Своєю чергою, МОЗ України поділяється на структурні підрозділи, які представлені на рис. 1.2.



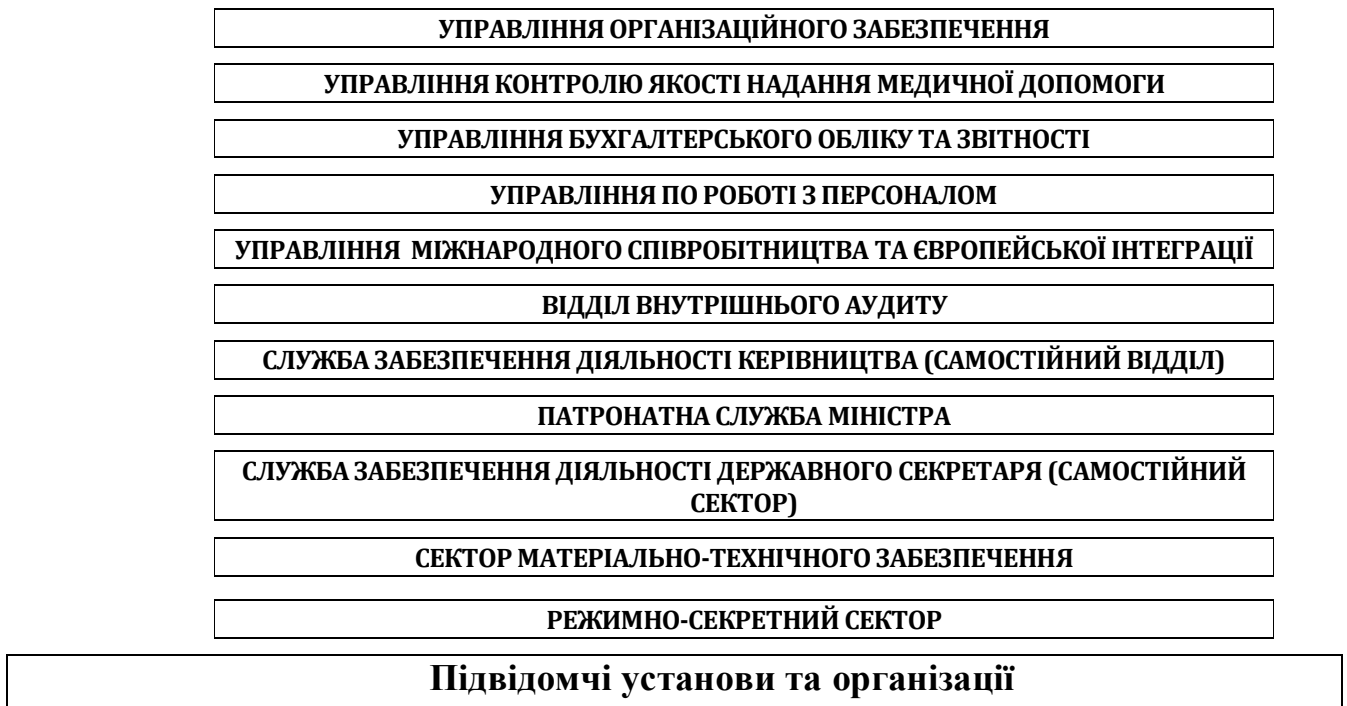


Рис. 1.2. Структурні підрозділи Міністерства охорони здоров'я України. Джерело: *Складено автором за даними [93]*

Як бачимо до структури Міністерства охорони здоров'я входять: 1 директорат, 6 департаментів, 7 управлінь, 2 відділи, 3 сектори, 3 окремі спеціаліста та патронатна служба. Однак серед них ми не побачили підрозділу який би відповідав за реабілітацію. Основні завдання публічного управління у сфері охорони здоров'я, які реалізовує міністерство відповідно до Положення про Міністерство охорони здоров'я України [16] ми згрупували за такими основними напрямками:

1. Розробка та впровадження ефективної політики охорони здоров'я – через створення та впровадження політик, спрямованих на профілактику захворювань, покращення здоров'я населення та підтримку здорового способу життя, а також оцінювання впливу політик на здоров'я населення.

2. Покращення якості медичних послуг – шляхом впровадження стандартів якості та безпеки і регулярного моніторингу та оцінка якості медичних послуг.

3. Забезпечення доступності медичних послуг – шляхом гарантування, що всі верстви населення мають рівний доступ до необхідних медичних послуг, незалежно від соціального статусу, місця проживання або фінансового стану.

4. Підтримка наукових досліджень та інновацій – за рахунок сприяння проведенню наукових досліджень у сфері охорони здоров'я й упровадженню інноваційних технологій та методик лікування.

5. Раціональне використання ресурсів – на основі ефективного планування й управління фінансовими, матеріальними та людськими ресурсами в системі охорони здоров'я та забезпечення прозорості та підзвітності у їх використанні.

6. Профілактика захворювань та промоція здорового способу життя – шляхом проведення кампаній з інформування населення про здоровий спосіб життя та профілактику захворювань і впровадження програм вакцинації та інших профілактичних заходів.

7. Забезпечення готовності до надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я – через розробку та реалізацію планів дій у випадку епідемій, пандемій, природних катастроф або інших надзвичайних ситуацій і координацію дій між різними рівнями влади та організаціями охорони здоров'я.

8. Забезпечення соціальної справедливості у сфері охорони здоров'я – шляхом усунення нерівності у доступі до медичних послуг та послуг з медичної реабілітації та впровадження програм підтримки для вразливих груп населення.

Таким чином, на сьогодні в Україні основними органами виконавчої влади, що здійснює державне управління у сфері реабілітації є Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) та інші центральні органи виконавчої влади, яким підпорядковані відомчі заклади охорони здоров'я, Національна служба здоров'я України (НСЗУ) – діяльність якої спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через МОЗ України; Національна академія медичних наук України.

Крім органів держави, які безпосередньо пов'язані з цариною охорони здоров'я, ця система функціонує і завдяки контрольно-управлінським функціям інших державних інституцій, а саме Президента України (зокрема, крізь призму діяльності Адміністрації Президента України, Ради національної безпеки і оборони України), Верховної Ради України (зокрема, Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я), Уповноваженого Верховної Ради України з

прав людини, Кабінету Міністрів України (зокрема, через діяльність профільних міністерств та інших центральних органів виконавчої влади), Генеральної прокуратури України та її органів на місцях, а також органів судової системи України. До суб'єктів, які наділені консультативно-дорадчими повноваженнями у сфері охорони здоров'я, належать громадські організації, дорадчі ради, національні та координаційні ради, клінічно-експертні комісії тощо **(Додаток Б)**.

Однак зі всього великого переліку державних інституцій та їхніх структурних підрозділів до цієї пори не має чітко виокремленої структури, яка би безпосередньо несла відповідальність за розробку та реалізацію державної політики у сфері реабілітації та виконання програм та стратегій, які спрямовані на здійснення реабілітаційних заходів і, зокрема, заходів з медичної реабілітації.

Кабінет міністрів України до повноважень якого в реабілітаційній галузі відповідно до ст. 13 Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [37] належать: 1) забезпечення проведення державної політики в реабілітаційній галузі; 2) здійснення в межах своїх повноважень управління єдиною системою реабілітації; 3) спрямування, координація та здійснення контролю за діяльністю міністерств, інших органів виконавчої влади в реабілітаційній галузі; 4) забезпечення розроблення і виконання державних цільових програм в реабілітаційній галузі; 5) здійснення інших повноважень, передбачених цим Законом та іншими законодавчими актами, делегував ці повноваження МОЗ України, але, як ми вже зазначали, у структурі цього відомства не має відповідного підрозділу. Тому функції й завдання у сфері медичної реабілітації розпорошені між різними департаментами й часто дублюється, або ж ігноруються з перекладанням відповідальності на інші підрозділи. Вважаємо, що такий стан речей вже сьогодні, а особливо у післявоєнній Україні гальмуватиме реабілітаційні процеси й призведе до зниження оперативності і якості надання реабілітаційних послуг.

Вирішити дану проблему на наш погляд можна двома шляхами :

1) *традиційним*- створити нове міністерство яке б опікувалося питаннями реабілітації населення – але це шлях вимагає додаткового фінансування, часу й має сумнівні шанси бути ефективним;

2) *інноваційним* - у структурі вже існуючих відомств - МОЗ України, Міністерстві молоді та спорту України, Міністерстві у справах ветеранів України створити окремі підрозділи, які б сформували Єдиний е-простір до якого було би включено:

а) електронні бази даних (ЕБД) щодо надавачів, виконавців та користувачів реабілітаційних послуг;

б) он-лайн платформу на якій узгоджувалися та коригувалися рішення щодо організації, місця, графіків, методів та технологій проведення реабілітаційних заходів.

При цьому на регіональному рівні зважаючи на тенденції децентралізації управління необхідно впроваджувати нові організаційні форми надання реабілітаційних послуг як то кластери, технопарки, технозони, інноваційні парки тощо, які будуть приєднані до створених ЕБД та е-платформ і стануть невід'ємною частиною єдиної реабілітаційної системи.

Вважаємо, що другий варіант є більш прийнятним і Україна, як достатньо розвинена країна в аспекті цифровізації, у тому числі й у сфері охорони здоров'я, має рухатися саме другим шляхом, який приведе до суттєвого поліпшення доступу до послуг з реабілітації усіх хто їх потребує та покращення якості таких послуг. До того ж саме другий шлях, що ґрунтується на міждисциплінарному підході, дозволить у повній мірі реалізувати потенційні можливості БПС-моделі реабілітації, яка не лише характеризує обмеження повсякденного функціонування/життєдіяльності як результат взаємодії особи з навколишнім середовищем, зокрема фізичних, психологічних та середовищних чинників, але й забезпечує здатності особи підтримувати максимально високий рівень здоров'я та благополуччя, а також здатність максимально ефективно функціонувати в суспільстві.

Удосконалення інституційного забезпечення в окреслених нами межах на основі БПС-моделі дозволить зреалізувати реабілітаційну стратегію охорони здоров'я, яка визначається як окрема частина загальної стратегії охорони здоров'я. Саме через систему медичної реабілітації реалізується державна політика щодо реабілітації у сфері охорони здоров'я, головною метою якої є створення умов для ефективної реабілітації, забезпечення доступності навколишнього середовища, можливості вести самостійний спосіб життя і всебічно брати участь у всіх аспектах життя суспільства.

Оскільки необхідність реабілітаційного відновлення повсякденного функціонування для українців в сучасних умовах з кожним днем набуває все більших масштабів, це вимагає пропорційних заходів, в першу чергу організаційних. Враховуючи це, та зазначені нормативно-організаційні проблеми, зокрема в останньому аналізі Всесвітньої організації охорони здоров'я, нами було поставлено завдання визначити та обґрунтувати сучасні підходи підвищення ефективності діяльності закладів охорони здоров'я з медичної реабілітації в Україні.

Під час наукового пошуку ефективних підходів удосконалення медичної реабілітації в Україні ми вирішили спиратися на сучасні процеси трансформацій, що відбуваються в Україні. Одним із найбільш перспективних сучасних напрямів трансформації системи надання реабілітаційних послуг та забезпечення ефективного управління сферою медичної реабілітації ми вважаємо впровадження цифрових технологій, які стали невід'ємною частиною сучасного життя. Інший напрям пов'язаний з інфраструктурним етапом трансформації охорони здоров'я в Україні, який передбачає створення госпітальних округів за кластерним підходом і формування спроможних мереж закладів охорони здоров'я. Тому в наступних підрозділах роботи, буде проаналізовано особливості цифровізації та кластеризації в сфері охорони здоров'я з урахуванням можливостей сучасних інформаційних технологій та їх застосування в публічному управлінні, а також використано проєктний підхід

для обґрунтування ефективності застосування кластерів як інструменту підвищення ефективності діяльності з медичної реабілітації в Україні.

Висновки до розділу 1

За результатами проведеного дослідження теоретичних засад публічного управління у сфері охорони здоров'я та медичної реабілітації з питань уточнення сутності й змісту системи публічного управління охороною здоров'я в Україні, визначення основних етапів становлення й розвитку системи публічного управління суспільною практикою медичної реабілітації та інституційного забезпечення публічного управління у сферах охорони здоров'я і медичної реабілітації доцільно зробити наступні висновки:

1. Узагальнено науково-теоретичні підходи до уточнення окремих термінів, що утворюють категорійно-понятійний апарат публічного управління у сфері охорони здоров'я і, зокрема медичної реабілітації. Визначено дефініції: «медична реабілітація» як комплекс заходів, у вигляді медичної допомоги та/або послуги з медичного обслуговування населення яких потребує особа, яка зазнає або може зазнавати обмеження повсякденного функціонування внаслідок стану здоров'я у взаємодії з її середовищем; «публічне управління медичною реабілітацією» як комплексний вплив інститутів державної влади, місцевого самоврядування та громадянського суспільства на суб'єкти національної системи охорони здоров'я, які здійснюють свою діяльність з метою забезпечення як найбільш повного відновлення (або максимальної компенсації) функцій, здібностей і здатностей індивідуума, що були втрачені унаслідок дії різних негативних чинників; «реабілітаційний кластер», як систему споживачів, постачальників, виробників, інфраструктурних об'єктів, освітніх та дослідницьких інститутів в межах визначеного госпітального округу, які взаємодіють у процесі діяльності щодо забезпечення якнайбільш повного відновлення (або максимальної компенсації) функцій, здібностей і здатностей індивідуума, втрачених унаслідок негативної дії різних за своєю природою

чинників. Застосування означеної термінології буде сприяти удосконаленню однозначності розуміння проблем, що існують у сфері медичної реабілітації й шляхів їх вирішення на рівні органів публічного управління, стейкхолдерів і громадянського суспільства, а також сприятиме створенню належного реабілітаційного середовища на основі використання кластерного і проектного підходів в умовах широкого застосування інноваційних технологій та з урахуванням кращих вітчизняних і міжнародних практик.

2. Визначено, що генеза публічного управління суспільною практикою медичної реабілітації в системі охорони здоров'я за період початок ХХ – початок ХХІ століття пройшла декілька ключових етапів, кожен з яких відображає зміну парадигм в підходах до управління охороною здоров'я та надання медичних послуг. Виокремлено наступні етапи: етап раннього становлення, етап післявоєнного розвитку, етап інституційного розвитку та професіоналізації, етап системного реформування та соціальної інтеграції, етап технологічного прориву та інноваційно-телеметричний етап. Надано розгорнуті характеристики кожного з етапів, що надало змогу прослідкувати історичну логіку розвитку медичної реабілітації й зміну державних пріоритетів та інституційних підходів до управління у цій сфері. Означено особливості інноваційно-телеметричного етапу публічного управління у сфері медичної реабілітації, який характеризується впровадженням передових технологій, що дозволяють підвищити ефективність управління, доступність, якість та ефективність реабілітаційних послуг шляхом використання можливостей: телеметрії (телемедицина, телереабілітація, відеоконсультації); штучного інтелекту (аналіз великих даних, прогнозування результатів); цифрових пристроїв і програмного забезпечення для персоналізації даних і автоматизації процесів діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів (роботизація процесів реабілітації, електронні медичні записи, оптимізація використання ресурсів тощо), що дозволяє здійснювати дистанційний моніторинг, консультування та контроль за станом здоров'я пацієнтів у реальному часі, а впроваджувати імерсійні технології в процес реабілітації пацієнтів та навчання медичного персоналу.

3. Означені особливості інституційного забезпечення публічного управління в частині нормативно-правової та організаційної складової та визначено проблемні питання організації реабілітації та надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я. Визначено, що забезпечення комплексного підходу до інтеграції біопсихосоціальної моделі реабілітації в систему охорони здоров'я, яка є багатоаспектною і включає законодавче регулювання, фінансування, організаційні заходи, підготовку кадрів, використання сучасних технологій, моніторинг ефективності, соціальну підтримку та міжнародне співробітництво є нагальним завданням, яке вимагає вирішення вже сьогодні. Тому запропоновано вирішити ці проблеми інноваційним шляхом через створення у структурі вже існуючих відомств - МОЗ України, Міністерстві молоді та спорту України, Міністерстві у справах ветеранів України створити окремих підрозділів, які б сформували Єдиний е-простір до якого було би включено: електронні бази даних (ЕБД) щодо надавачів, виконавців та користувачів реабілітаційних послуг; он-лайн платформу на якій узгоджувалися та коригувалися рішення щодо організації, місця, графіків, методів та технологій проведення реабілітаційних заходів. При цьому на регіональному рівні зважаючи на тенденції децентралізації управління необхідно впроваджувати нові організаційні форми надання реабілітаційних послуг як то кластери, технопарки, технозони, інноваційні парки тощо, які будуть приєднані до створених ЕБД та е-платформ і стануть невід'ємною частиною єдиної реабілітаційної системи.

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНИЙ СТАН СИСТЕМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

2.1. Нормативно-правове, організаційне та інноваційно-інформаційне забезпечення публічного управління у сфері медичної реабілітації в умовах цифровізації

Цифрові технології сприяють розвитку національної цифрової економіки та суспільства, підвищенню якості життя громадян. У свою чергу система медичної реабілітації відіграє критично важливу роль у забезпеченні здоров'я та працездатності населення, особливо в умовах зростаючої потреби у високоякісних реабілітаційних послугах. Впровадження сучасних технологій публічного управління медичною реабілітацією вимагає суттєвих законодавчих, організаційних та інноваційно-інформаційних змін у сфері охорони здоров'я задля підвищення її ефективності, адже традиційні підходи до управління цією сферою й медичними закладами часто не відповідають вимогам і очікуванням суспільства. Тому на основі релевантного законодавства необхідно створити гнучкі та адаптивні організаційні структури, які можуть швидко реагувати на досягнення та можливості інноваційно-телеметричної медицини, соціально-зміни в суспільстві та потреби пацієнтів. Це вимагає впровадження таких управлінських моделей, що орієнтовані на пацієнта, дозволяють покращити якість обслуговування та скоротити час на прийняття рішень.

Загалом, цифровий напрям розвитку України підтримується державою та суспільством, про що свідчить ухвалення низки важливих нормативно-правових актів, зокрема: Закону України “Про національну програму інформатизації” [94], розпорядженням Кабінету Міністрів України від 25.04.2023 № 372 «Про затвердження плану заходів на 2023 – 2024 роки з реалізації Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року»

[86], Плану заходів з реалізації Концепції розвитку цифрових компетентностей, затвердженої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 03.03.2021 № 167 [95], та Концепції розвитку електронної охорони здоров'я, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 28.12.2020 № 1671 [96] тощо.

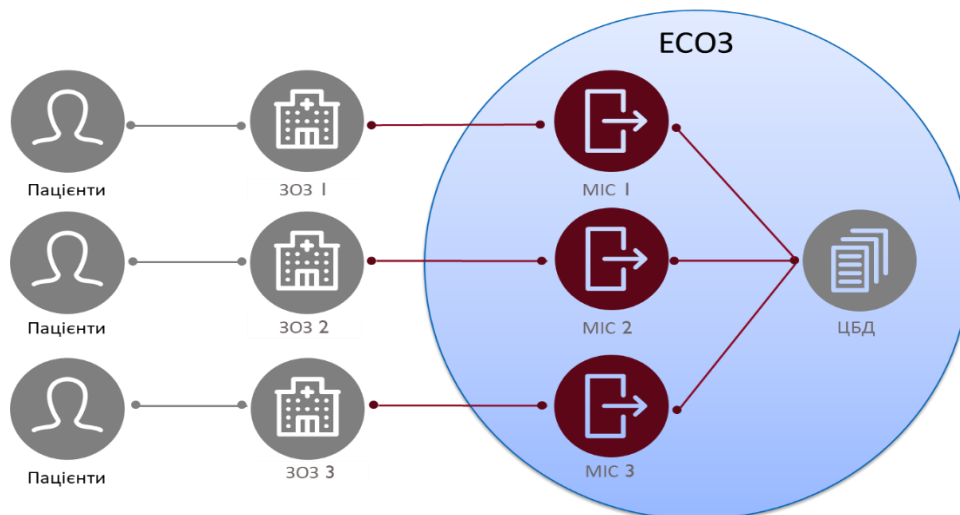
Так, наразі законодавчо визначено, що національна програма інформатизації - це комплекс завдань, програм, проектів, робіт з інформатизації, спрямованих на розвиток інформаційного суспільства шляхом концентрації та раціонального використання фінансових, матеріально-технічних та інших ресурсів, виробничого і науково-технічного потенціалу держави, координації діяльності державних органів, органів місцевого самоврядування, а також підприємств, установ, організацій незалежно від форми власності. При цьому національна програма інформатизації визначає особливості реалізації державної політики у сфері інформатизації для забезпечення потреб та розвитку інформаційного суспільства, впровадження інформаційно-комунікаційних та цифрових технологій у всіх сферах життєдіяльності суспільства [93, ст. 2] .

Основними нормативно-правовими актами, які регулюють цифрові трансформації в сфері охорони здоров'я є Закони України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [12], «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»[97], Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я», інші нормативно-правові акти [98].

Відповідно до статті 3 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [12] електронна система охорони здоров'я (далі – ЕСОЗ) – це інформаційно-комунікаційна система, що забезпечує автоматизацію ведення обліку медичних послуг та управління інформацією про охорону здоров'я, у тому числі медичною інформацією, шляхом створення, розміщення, оприлюднення та обміну інформацією, даними і документами в електронному вигляді, до складу якої входять центральна база даних (ЦБД) та електронні медичні інформаційні системи (далі – МІС), між якими забезпечено

автоматичний обмін інформацією, даними та документами через відкритий програмний інтерфейс (API).

Технічна архітектура ЕСОЗ передбачає двокomпонентну систему з єдиною центральною базою даних, яка належить державі, та множиною бізнесових електронних медичних інформаційних систем (рис. 2.1).



Примітки: ЗОЗ – заклади охорони здоров'я

Рис.2.1. Дворівнева архітектура ЕСОЗ [99]

Як зазначає профільна Постанова КМУ № 411 [98], завданням ЕСОЗ є забезпечення можливості використання пацієнтами електронних сервісів для реалізації їхніх прав, зокрема за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, автоматизація ведення обліку медичних послуг і управління медичною інформацією, запровадження електронного документообігу у сфері медичного обслуговування населення.

Офісом координації розвитку електронної охорони здоров'я щорічно схвалюється дорожня карта проєктів розвитку електронної охорони здоров'я. У 2023 році до дорожньої карти увійшло 107 цифрових проєктів у сфері охорони здоров'я, спрямованих на автоматизацію процесів для медичних працівників, підвищення якості, доступності та безпечності медичних послуг для пацієнтів тощо [100, 101]. Серед втілених ініціатив у 2023 році було зазначено кілька напрямів, що напряму пов'язані з цифровізацією процесів у сфері медичної реабілітації, зокрема:

- функціонал обліку реабілітаційних втручань;

- функціонал категоризації для різних категорій пацієнтів відповідно до наявних у них нозологій;
- функціонал реорганізації закладів охорони здоров'я;
- медичні висновки 2.0 (внесення змін у процеси формування медичних висновків про народження та тимчасову непрацездатність, створення адмінпанелі медвисновків);
- інтеграції електронної системи охорони здоров'я з іншими державними реєстрами для підвищення якості даних;
- електронні рецепти на всі рецептурні препарати;
- пілот електронної системи управління запасами ліків та медичних виробів e-Stock;
- реєстр відповідальних за введення в обіг медичних виробів (MVP) [102].

Окрім зазначеного вище важливим у розвитку процесу цифровізації реабілітаційних послуг є започаткування та реалізація в умовах війни ще семи телемедичних проєктів, що базуються на цифрових платформах:

- телемедичне консультування з вибухо-вогнепальної травми;
- телемедичне консультування з опікової травми;
- консультативна мережа з використання пристроїв віртуальної присутності лікаря біля пацієнта (вбудована керована камера дуже високої роздільної здатності дозволяє ретельно обстежувати пацієнта та отримувати інформацію з під'єданого діагностичного обладнання);

- телемедична платформа з реабілітації «RGS» з напряму нейросенсативних розладів (служить для підвищення якості життя осіб з пошкодженнями головного мозку та опорно-рухового апарату);

- віртуальна операційна «Eriqar» (дає змогу транслювати та коментувати відеоконтент хірургічних маніпуляцій у режимі реального часу);

- медичний робот «HomeDoctor» (дає змогу лікарю дистанційно, а пацієнту – самостійно проводити базові дослідження: вимірювати температуру тіла, артеріальний тиск, сатурацію, робити електрокардіограму (ЕКГ), дослідження вуха, горла, носа);

- телемедична кардіографія для вагітних КТГ «Carebits» (проведення діагностики стану плода) [102].

На основі проведеного аналізу можна зробити висновок, що на даному етапі розвитку в Україні є достатня нормативно-правова визначеність щодо регулювання електронної системи охорони здоров'я. Активізуються процеси стратегування та розробки політики розвитку системи eHealth в Україні на майбутнє. Нормативно-правова та стратегічна база для певних під-секторів та інструментів eHealth в Україні (в т. ч. телемедицина, мобільна медицина, єдиний персональний електронний кабінет пацієнта в ЕСОЗ, електронна медична картка в ЕСОЗ) потребує подальшого вдосконалення та нововведень. Законодавство та механізми у сфері захисту персональних даних пацієнтів потребують оновлення відповідно до європейських стандартів

Однак чинне нормативно-правове забезпечення не завжди вчасно відображає ті зміни, що відбуваються внаслідок швидкого розвитку інноваційних технологій, зокрема на сьогодні законодавчо не визначені напрями використання в медичній та реабілітаційній практиці можливостей штучного інтелекту, кластеризації даних аналізу при роботі з великими даними, не до кінця опрацьовані проблеми захисту персональних даних та питання кібербезпеки стосовно захисту інформації що зберігається на серверах інституцій, які забезпечують охорону здоров'я пацієнтів.

Сучасні виклики, пов'язані з цифровізацією, потребують не лише внесення суттєвих змін до нормативно-правових документів, але й перемін щодо організації діяльності та управління у сфері медичної реабілітації [101-103]. В Україні існують та створені спеціальні органи для регулювання та розвитку системи електронної охорони здоров'я. Їх повноваження окреслені достатньо для належного управління сектором ЕСОЗ і на думку аналітиків «...на даному етапі розвитку сектору потреби у створенні додаткових органів / інституції для забезпечення функціонування ЕСОЗ немає» [104, с. 4]. На сьогодні охороною здоров'я, медичною реабілітацією та впровадженням електронних технологій у сферу охорони здоров'я опікується низка різноманітних інституцій. За

результатами аналізу поточної політики розвитку електронної системи охорони здоров'я (далі ЕСОЗ) в Україні, що був проведений Агенцією місцевого економічного розвитку Яворівщини у межах європейського гранту означено чотири основних державних інституцій, що забезпечують функціонування ЕСОЗ України, а саме Кабінет Міністрів України (КМУ), Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ), Національна служба здоров'я України (НСЗУ), Державне підприємство «Електронне здоров'я» (ДП «Електронне здоров'я») (табл. 2.1).

Таблиця 2.1.

Функції державних інституцій, що забезпечують ЕСОЗ

Інститут	Функції
КМУ	забезпечує проведення політики у сфері електронної охорони здоров'я, розроблення і здійснення заходів щодо створення матеріально-технічної бази та інших умов, необхідних для розвитку електронної системи охорони здоров'я.
МОЗ	формує політику у галузі охорони здоров'я, відповідає за реалізацію реформ, зокрема, визначає пріоритетні напрямки розвитку ЕСОЗ.
НСЗУ	є власником центральної бази даних, у тому числі 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 в межах своїх повноважень: забезпечує функціонування ЕСОЗ; узагальнює інформацію та розробляє стратегічні напрями розвитку медичного обслуговування населення; визначає напрями розвитку ЕСОЗ; затверджує технічні вимоги до електронних медичних інформаційних систем; проводить верифікацію даних у ЦБД ЕСОЗ.
ДП "Електронне здоров'я"	є адміністратором ЦБД та відповідає за: адміністрування та технічну підтримку ЦБД з метою забезпечення її безперебійної роботи; прийняття рішення про підключення, відключення та зупинення доступу електронної МІС до ЦБД, укладення та припинення відповідних договорів з операторами; надання технічної підтримки операторам з питань підключення, відключення, взаємодії електронної МІС з ЦБД, впровадження нових функціональних можливостей системи; надання інформаційних та консультаційних послуг щодо ЕСОЗ; розроблення та підтримання в актуальному стані технічної документації ЦБД.

Джерело: складено автором за даними [103, 104]

Також, до організаційної структури ЕСЗО входять комерційні розробники програмного забезпечення медичних інформаційних систем та заклади охорони здоров'я – юридичні особи незалежно від форми власності та організаційно-правової форми або їх відокремлені підрозділи, основними завданнями яких є

забезпечення медичного обслуговування населення та/або надання реабілітаційної допомоги [104, с. 16-18]. Перелічені інституції є основними гравцями сектору e-Health в рамках України і в рамках своєї діяльності кожна з них виконує конкретні функції в забезпеченні функціонування ЕСОЗ.

Застосування інноваційно-інформаційних технологій у сфері публічного управління охороною здоров'я стає необхідною умовою для підвищення ефективності, доступності та якості медицини, в тому числі й реабілітаційних послуг. Застосування інноваційних технологій забезпечує ефективне управління ресурсами та дозволяє знизити витрати та підвищити їх продуктивність, адже використання цифрових систем для планування і розподілу ресурсів допомагає уникнути їхнього нецільового використання та забезпечує рівномірний розподіл ресурсного навантаження між підрозділами й пацієнтами, що їх використовують.

При організації роботи з медичної реабілітації важливою умовою її ефективності є забезпечення інтеграція міждисциплінарних підходів для функціонування БПС-моделі, адже реабілітація здебільшого вимагає співпраці різних фахівців (лікарів, фізіотерапевтів, психологів). Саме інтеграція міждисциплінарних команд забезпечує комплексний підхід до лікування та якісне надання реабілітаційних послуг. У цьому контексті доцільним є створення єдиних медичних центрів, де пацієнти можуть отримати всі необхідні послуги, що знижує потребу в численних візитах до різних спеціалістів та покращує координацію лікування осіб які потребують реабілітації.

Успішне вирішення і цього завдання передбачає широке використання цифрових технологій: створення та використання цифрових платформ з надання реабілітаційних послуг, електронних баз даних, застосування e-медицини, телемедицини, теле-консультування й інших телеметричних технологій.

Основні аргументи доцільності інноваційних змін у сфері медичної реабілітації наведено у таблиці 2.2, де означено цілі впровадження інновацій, їх можливості, а також інструменти, які використовуються для досягнення кожної з означених цілей.

При цьому держава через інститути та механізми публічного управління має виступати основним проєктувальником, архітектором і гарантом змін стосовно досягнення поставлених цілей.

Таблиця 2.2.

Основні цілі, можливості та інструменти впровадження інноваційно-інформаційних технологій у сфері медичної реабілітації

Цілі	Можливості	Інструменти
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 обґрунто-ваних управлінських рішень.	Використання великих даних та алгоритмів штучного інтелекту для аналізу ефективності різних методик реабілітації допомагає покращити стандарти лікування

Джерело: складено автором

Саме держава через законодавчі органи має забезпечувати швидку й релевантну реакцію на запит суспільства у поліпшенні системи реабілітації через прийняття нових, чи внесення змін до вже діючих законів України. Виконавчі органи, у свою чергу, мають оперативно реагувати на зміни законодавчого поля та через структурно-функціональні та адміністративно-управлінські механізми забезпечувати виконання унормованих методик, технологій та моделей реабілітації пацієнтів.

Таким чином удосконалення нормативно-правового, організаційного та інноваційно-інформаційного забезпечення змін системи публічного управління та є необхідними для адаптації системи публічного управління у сфері медичної реабілітації до сучасних викликів та потреб. Впровадження цифрових технологій, оптимізація ресурсів та інтеграція міждисциплінарних підходів

забезпечать підвищення якості та доступності реабілітаційних послуг, що, в свою чергу, сприятиме покращенню здоров'я та якості життя населення.

Удосконалення інноваційно-інформаційного забезпечення вимагає відповідних змін в організації процесу медичної реабілітації та управління цим процесом як на локальному, так і на загальнодержавному рівнях. Зауважимо, що, на нашу думку, інноваційний процес у сфері медичної реабілітації, зважаючи на фази його перебігу, умовно доцільно розділити на чотири основні укрупненні етапи: розробка, випробування, узаконення та впровадження. На кожному етапі задіяні ті чи інші інституції, що входять до системи публічного управління сферою медичної реабілітації, які мають через механізми регулювання, моніторингу і контролю, адміністративного та громадського впливу корегувати та інтегрувати сучасні інноваційно-інформаційні технології медичної реабілітації в систему охорони здоров'я для відновлення пацієнтів та повернення їх до життєдіяльності. Для забезпечення оперативності протікання усіх названих вище етапів знову ж на допомогу приходять сучасні інноваційні технології. Тобто ми маємо таке собі замкнене коло – замкнену систему публічного управління медичною реабілітацією в основі якої є інновації впровадження яких забезпечується інноваційно-інформаційним середовищем. У цілому цю систему можна представити наступним чином (рис. 2.2)

Організаційно-управлінське забезпечення на кожному етапі здійснюється відповідними інституціями:

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.



Рис. 2.2. Взаємозв'язок інноваційно-інформаційного середовища та публічного управління інноваціями у сфері медичної реабілітації

Таким чином ми бачимо, що для ефективного впровадження інновацій у сферу медичної реабілітації необхідно створити сприятливе інноваційно-інформаційне середовище та забезпечити взаємодію усіх різнопланових впливових і зацікавлених сил, що задіяні на усіх етапах від розробки до впровадження інноваційного продукту. На наше переконання таке, поєднання різних організаційних структур, що беруть участь у розробці, випробуваннях, узаконенні та впровадженні інновацій у сфері медичної реабілітації, можна назвати організаційно-управлінським кластером. При цьому його структура буде дещо складнішою, ніж укрупнений варіант формування інновацій у сфері медичної реабілітації.

У межах нашого дослідження визначимо, що організаційно-управлінський кластер – це об'єднання різних організацій, установ та інституцій, що взаємодіють з метою розробки, тестування, легалізації та впровадження інноваційних рішень у конкретній сфері. У випадку медичної реабілітації це можуть бути наукові установи, медичні заклади, регуляторні органи, технологічні компанії та інші зацікавлені сторони.

Основними структурними компонентами організаційно-управлінського кластеру у сфері медичної реабілітації, на наш погляд є

1. *Науково-дослідні інститути та університети* – проводять фундаментальні та прикладні дослідження, розробку нових методів та технологій реабілітації. На основі їх розробок формуються нові протоколи лікування або нові реабілітаційні програми. Також, заклади освіти займаються підготовкою IT-кадрів для медичних закладів та реабілітаційних центрів.

2. *Медичні заклади та реабілітаційні центри* – забезпечують проведення клінічних випробувань, практичне впровадження нових методик та технологій. При цьому здійснюється випробування нових технологій в реальних умовах з наданням зворотного зв'язку з науковцями, зокрема ДП «Державний експертний центр» здійснює регулювання клінічних випробувань стандартизацією медичної допомоги та оцінюванням медичних технологій.

3. *Технологічні компанії* – забезпечують розробку та постачання інноваційних продуктів, таких як медичні прилади, програмне забезпечення, віртуальна реальність тощо.

4. *Регуляторні органи* – здійснюють розробку та прийняття нормативно-правової бази, що регулює використання нових технологій у медичній реабілітації, зокрема узаконення й використання нових реабілітаційних технологій та стандартів.

5. *Центральні органи виконавчої влади з охорони здоров'я* – забезпечують загальну координацію впровадження інновацій, фінансування проектів, оцінку їх ефективності та безпеки. Зокрема Міністерство охорони здоров'я, яке контролює та фінансує нові ініціативи в реабілітації.

6. *Пацієнтські організації та громадські об'єднання* – представляють інтересів пацієнтів, беруть участь у випробуваннях, забезпечують надання зворотного зв'язку щодо ефективності та прийнятності нових технологій. Зокрема, так діють Асоціації пацієнтів, що беруть участь у тестуванні нових методів реабілітації.

Основні переваги організаційно-управлінського кластеру у сфері медичної реабілітації можна означити у таких чотирьох аспектах:

1. *Синергія знань та ресурсів*, адже залучення різних експертів та ресурсів дозволяє отримати більш системний і комплексний підхід до розробки та впровадження інновацій.

2. *Підвищення ефективності та швидкості впровадження*, бо координація зусиль різних організацій сприяє більш швидкому переходу від ідеї до її практичного застосування, зменшує тиск бюрократичних, технологічних та корупційних чинників.

3. *Зниження рівня ризиків* організаційного та техніко-технологічного плану, оскільки спільна робота дозволяє врахувати різні аспекти та потенційні ризики на етапах розробки та впровадження інноваційного продукту та швидко усувати виявлені недоліки.

4. *Підвищення якості та безпеки* інноваційного продукту, бо випробування інновацій в реальних умовах при залученні різних експертів забезпечують високі стандарти якості та безпеки.

Таким чином організаційно-управлінський кластер у сфері медичної реабілітації є ефективним механізмом для інтеграції зусиль різних учасників процесу інноваційного розвитку. Він сприятиме швидшому та більш якісному впровадженню нових технологій та методик, що в кінцевому підсумку покращує якість надання медичних послуг та забезпечує позитивні результати реабілітації пацієнтів.

Організаційне забезпечення медичної реабілітації в умовах цифровізації передбачає структурну адаптацію медичних установ, впровадження цифрових технологій та підготовку медичних працівників до роботи в нових умовах, що передбачає наступне:

1. Структурні зміни у медичних закладах з підготовки реабілітологів шляхом:

– впровадження цифрових платформ та створення та інтеграція на їх основі електронних медичних карток, систем телемедицини та інших цифрових інструментів для підтримки реабілітаційних процесів;

– організації дистанційних консультацій шляхом розширення можливостей для дистанційного надання реабілітаційних послуг за допомогою відеоконференцій та інших комунікаційних технологій.

2. Підготовка та навчання персоналу, який здійснює медичну реабілітацію за двома напрямками:

– навчання медичних працівників у межах навчально-освітніх програм з підготовки фахівців з питань використання цифрових технологій у реабілітаційних процесах, включаючи курси та тренінги;

– підвищення кваліфікації медперсоналу, що надає реабілітаційні послуги, адже в умовах розвитку ІТ-технологій необхідно здійснювати регулярне підвищення кваліфікації медичних працівників щодо новітніх цифрових технологій та методик реабілітації.

3. Співпраця з ІТ-компаніями, що створюють цифрові продукти для оптимізації та управління процесами реабілітації у напрямках:

– розробка та впровадження спеціалізованого програмного забезпечення у сфері медичної реабілітації та співпраця з технологічними компаніями для створення і підтримки спеціалізованих реабілітаційних платформ і додатків;

– створення та впровадження інноваційних проектів, пілотних проектів з використанням новітніх технологій, таких як імерсійні технології та штучний інтелект у процесах реабілітації.

Як бачимо, нормативно-правове та організаційне забезпечення публічного управління у сфері медичної реабілітації в Україні в умовах цифровізації є складним, але необхідним процесом. Адаптація законодавчої бази, впровадження цифрових технологій та структурні зміни у медичних закладах сприятимуть підвищенню якості та доступності реабілітаційних послуг. Для досягнення цих цілей необхідна координація зусиль державних органів, медичних закладів, ІТ-компаній та громадських організацій, що має забезпечити

система публічного управління, яка органічно поєднує всі впливові та зацікавлені сили в удосконаленні медичної реабілітації в Україні.

Для більшого розуміння проблематики, що пов'язана з розвитком системи публічного управління процесами медичної реабілітації в умовах цифровізації вважаємо за доречне проаналізувати, які цифрові продукти використовуються у сфері реабілітації в Україні та у світі та означити їх характерні риси, практичне використання та переваги.

Так, у сфері медичної реабілітації в Україні та світі використовуються різноманітні цифрові продукти, які значно покращують ефективність та доступність реабілітаційних послуг [102, 105], а саме:

1. *Електронні медичні картки (ЕМК)*, які зберігають усі дані про пацієнта, включаючи історію хвороб, результати обстежень, плани лікування та реабілітації. Як приклад використання в Україні є інтеграція ЕМК в систему eHealth, що дозволяє лікарям швидко отримувати доступ до необхідної інформації та координувати реабілітаційний процес. Переваги ЕМК в тому, що вона забезпечує зручний доступ до медичних даних, підвищує точність діагностики та планування лікування, знижує ризик помилок.

2. *Системи телемедицини* з використанням цифрової платформи для проведення дистанційних консультацій, моніторингу стану пацієнтів та надання реабілітаційних послуг онлайн. Так працює система «Доктор онлайн» в Україні, що дозволяє проводити консультації з фахівцями без потреби особистого візиту. Її перевага це зручність для пацієнтів, особливо в умовах карантину або для тих, хто живе у віддалених районах, а також економія часу та ресурсів.

3. *Мобільні додатки з реабілітації* для смартфонів та планшетів, які допомагають пацієнтам виконувати реабілітаційні вправи, відстежувати прогрес та отримувати рекомендації. Так, наприклад при хронічних болях у спині для реабілітації можна використати можливості додатку «Kaia Health», який використовує технологію штучного інтелекту для аналізу рухів. Перевагою цього й інших мобільних додатків є доступність для широкого кола користувачів, інтерактивність, можливість персоналізації програм реабілітації.

4. *Імерсійні технології* такі як: 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 та змішана реальність; (MR) – комбінація реального та віртуального світів, де фізичні та цифрові об'єкти взаємодіють у реальному часі. Їх використання у медичній реабілітації відкриває нові можливості для удосконалення системи публічного управління, підвищуючи ефективність лікування, доступність та мотивацію пацієнтів. Так, використання 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. Перевагами імерсійних технологій є те, що таким чином підвищується мотивацію пацієнтів, створюються реалістичні сценарії для тренування. 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. Наразі компанія «Ekso Bionics» створює екзоскелети для пацієнтів з травмами хребта та інсультами, що допомагає відновлювати рухові функції, забезпечує точність та повторюваність рухів, що налаштована для індивідуальних потреб пацієнта.

6. *Інтернет (онлайн)-платформи* для моніторингу та підтримки стану пацієнтів, обміну даними між лікарями та пацієнтами, а також надання підтримки в реальному часі. Наприклад платформа «RehabTracker» дозволяє пацієнтам відстежувати свій прогрес у реабілітації та спілкуватися з лікарями, що підвищує залученість пацієнтів, полегшує комунікацію між лікарями та пацієнтами, забезпечує безперервний моніторинг.

7. *Програмне забезпечення для аналізу рухів* – це програми, що використовують камери та сенсори для аналізу рухів пацієнтів і надання рекомендацій щодо корекції вправ. Такі програми покладені в основу системи

«DARI Motion», яка аналізує рухи пацієнтів у реальному часі для оцінки їхнього стану та ефективності реабілітації. Використання цієї системи забезпечує високу точність аналізу, можливість індивідуального налаштування реабілітаційних програм, підтримку зворотного зв'язку в реальному часі.

Таким чином цифрові продукти у сфері медичної реабілітації значно підвищують ефективність лікування та доступність послуг для пацієнтів. В Україні впровадження таких технологій як телемедицина, мобільні додатки та електронні медичні картки вже приносить позитивні результати, тоді як у світі активно використовуються й інші інновації, такі як віртуальна та доповнена реальність, роботизовані системи та онлайн платформи. Зазначимо, що для успішної інтеграції цифрових технологій у реабілітаційний процес важливо забезпечити належну підготовку медичних працівників та створення відповідної інфраструктури.

Окремо хочемо розглянути використання кластерного підходу для розробки та використання цифрових продуктів у сфері медичної реабілітації, а саме використання можливостей кластеризації інформації в процесі опрацювання великих даних, адже кластеризація є одним з основних методів аналізу даних у сфері машинного навчання та статистики. Загалом кластеризація інформації – це процес групування набору об'єктів таким чином, що об'єкти в одній групі (кластері) є більш схожими один на одного за певними характеристиками, ніж об'єкти в інших групах. Основні етапи використання кластеризації в процесі обробки великих даних у сфері медичної реабілітації умовно можна означити наступним чином (рис 2.3).

Можливості та переваги використання кластеризації аналізу даних широко використовуються у світі й є предметом дослідження вітчизняних науковців, зокрема В. Гороховатського, І. Творошенко, Д.Сидоренко, Є Захарова [106, 107, 108], які обґрунтовують, що «...з ростом обсягів даних і розвитком нових технологій, методи кластеризації, спроектовані для роботи в реальному часі, стають необхідними для виявлення патернів, аномалій і групування даних» [106, 108, с. 489]. Зокрема, автори наголошують, що У сфері медицини кластеризація

даних допоможе класифікувати пацієнтів та здійснювати моніторинг їх стану за симптомами та діагнозами для покращення діагностики та лікування. Аналіз поточкових даних може виявляти патерни в зміні стану пацієнтів та попереджати про можливі ускладнення.

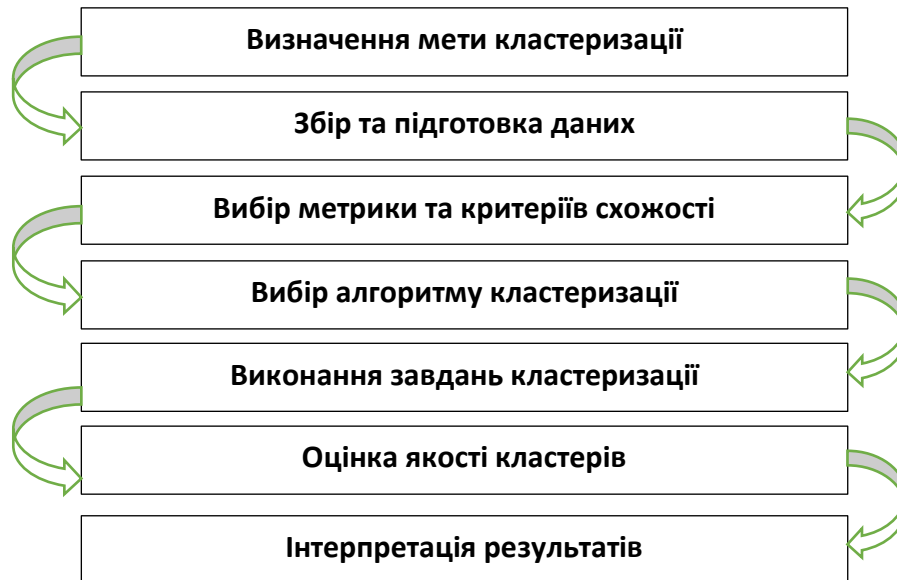


Рис. 2.3. Основні етапи кластеризації при аналізі даних у сфері медичної реабілітації. Джерело: складено автором за даними [106, 107]

I. **Визначення мети кластеризації.** Перед початком кластеризації необхідно визначити мету аналізу. Це може бути, наприклад, сегментація клієнтів для маркетингових цілей, визначення груп пацієнтів з подібними медичними характеристиками для персоналізованого лікування або групування подібних документів.

II. **Збір та підготовка даних.** Дані, що використовуються для кластеризації, повинні бути коректними, повними та відповідати меті дослідження. Збір медичних даних про пацієнтів, включаючи вік, діагнози, результати аналізів.

III. **Вибір метрики та критеріїв схожості.** Метрика схожості визначає, як вимірювати відстань або схожість між об'єктами. Найпоширеніші метрики включають евклідову відстань, косинусну схожість, мангеттенську відстань тощо. Так, використання евклідової відстані для вимірювання схожості між пацієнтами за їх медичними показниками підходить для числових даних, таких як біометричні показники пацієнтів (зріст, вага, рівень цукру в крові).

Манхеттенська відстань (таксійна відстань) вказує на суму абсолютних різниць між координатами точок та підходить для числових даних, коли важливі прямі відстані між значеннями, зокрема, відстань між пацієнтами на основі змін у показниках стану здоров'я під час реабілітації. Косинусна схожість вимірює косинус кута між двома векторами у просторі характеристик, оцінює схожість між ними та підходить для високорозмірних даних, таких як текстові дані медичних записів або анкети пацієнтів, вказує на схожість між описами симптомів або історіями хвороб пацієнтів.

Окрім означених до метрик та критеріїв схожості також відносяться: джаккардовий коефіцієнт, підходить для бінарних даних та категорійних ознак і вказує на схожість між пацієнтами на основі наявності або відсутності певних симптомів або діагнозів; кореляційна схожість – підходить для числових даних, коли важливо виявити лінійний зв'язок між змінними та схожість між пацієнтами на основі їх реакції на певний вид терапії або реабілітаційних заходів; хеммінгова відстань – підходить для бінарних даних та текстових даних фіксованої довжини, зокрема відстань між генетичними даними пацієнтів або відповіді на питання анкети, що мають бінарний формат (так/ні).

Отже при кластеризації даних у сфері медичної реабілітації можна застосовувати різні критерії схожості в залежності від типу даних, що аналізуються, та специфіки завдання. Так, сегментація пацієнтів за типом травм та їх важкістю здійснюється з використанням евклідової відстані для кластеризації пацієнтів за їх біометричними даними та клінічними показниками, а аналіз ефективності різних методів реабілітації передбачає використання косинусної схожості для кластеризації пацієнтів на основі їх описів відчуттів та симптомів до та після лікування. Групування пацієнтів за генетичними показниками здійснюється при використанні хеммінгової відстані для кластеризації пацієнтів за їх генетичними даними, що можуть впливати на вибір методів реабілітації, а індивідуалізація програм реабілітації передбачає використання кореляційної схожості для визначення пацієнтів, які мають схожі

реакції на певні реабілітаційні процедури, для подальшого вдосконалення персоналізованих програм лікування.

Таким чином вибір критерію схожості залежить від конкретних даних та завдань у сфері медичної реабілітації. Правильне застосування відповідних метрик дозволяє ефективно групувати пацієнтів, аналізувати ефективність методів реабілітації та індивідуалізувати підходи до лікування.

IV. Вибір алгоритму кластеризації. Існує багато алгоритмів кластеризації, кожен з яких має свої переваги та обмеження. Вибір алгоритму залежить від характеру даних та мети аналізу. Наразі існує декілька достатньо ефективних алгоритмів, зокрема: K-means – простий і швидкий алгоритм для числових даних; Hierarchical clustering – створює ієрархію кластерів, що підходить для даних з чіткою структурою; DBSCAN (Density-Based Spatial Clustering of Applications with Noise) – підходить для даних з шумом і нестандартними формами кластерів.

V. Виконання завдань кластеризації. Застосування обраного алгоритму до підготовлених даних для отримання кластерів. Наприклад – використання K-means алгоритму для сегментації клієнтів інтернет-магазину на основі їх поведінки.

VI. Оцінка якості кластерів. Оцінка якості отриманих кластерів для визначення їх валідності та корисності. Основні критерії оцінки наступні: Silhouette score – вимірює наскільки об'єкти схожі на свій кластер порівняно з іншими кластерами; Davies-Bouldin index – вимірює середнє відношення внутрішньокластерної відстані до міжкластерної відстані.

VII. Інтерпретація результатів. Аналіз результатів кластеризації для отримання інсайтів та прийняття рішень, зокрема, для групування пацієнтів за типами травм або потребами у реабілітації для розробки індивідуальних програм лікування.

Як зазначає Є. Захаров, однією з основних проблем є динамічність даних, коли структура даних змінюється з часом, отже кластеризація повинна бути здатна адаптуватися до цих змін та виявляти нові кластери. В умовах великого обсягу потокових даних важливо розробити ефективні алгоритми, які можуть

обробляти великі масиви інформації в реальному часі тому кластеризація має бути обчислювально ефективною, щоб забезпечити швидку реакцію на поточкові дані і мінімізувати витрати на обчислення. Розробка відповідних метрик для оцінки якості кластеризації в режимі онлайн є важливим завданням, оскільки стандартні метрики можуть бути неадекватними у цьому контексті» [108, с. 482].

У цілому кластеризація є потужним інструментом аналізу даних, що дозволяє виявляти приховані структури та закономірності у великих наборах даних. Вона знаходить широке застосування у різних галузях, включаючи медичну реабілітацію. Важливими аспектами процесу кластеризації є правильний вибір метрики та критеріїв схожості та алгоритму кластеризації, а також ретельна оцінка якості отриманих кластерів.

Застосування кластеризації даних відкриває нові можливості для удосконалення системи публічного управління у сфері медичної реабілітації, може суттєво покращити її ефективність та якість. Так, вона дозволяє структурувати великі обсяги даних, виявляти приховані закономірності та формувати групи, які мають спільні характеристики. Вважаємо, що основними способами застосування кластеризації у сфері публічного управління медичною реабілітацією є.

1. Оптимізація ресурсів – аналіз даних для виявлення груп медичних закладів та центрів з подібними потребами у ресурсах (медичний персонал, обладнання, ліки тощо) забезпечує ефективне розподілення ресурсів між різними споживачами та підвищення ефективності використання медичного обладнання та персоналу. При цьому використання методик кластеризації даних надає такі переваги як швидкість опрацювання інформації, мінімізація чинника втручання людини, зниження витрат часу на прийняття управлінських рішень та оптимізація логістики та планування ресурсів.

2. Виявлення закономірностей у лікуванні й реабілітації пацієнтів, що на основі групування даних про лікування пацієнтів для виявлення схожих схем та результатів дозволяє здійснювати аналіз ефективності різних методів лікування та реабілітації, виявляти оптимальні методики для різних реабілітаційних груп

пацієнтів та швидко приймати управлінські рішення щодо внесення змін до вже діючих протоколів та підході у сфері медичної реабілітації. Як результат матимемо підвищення ефективності лікування через використання перевірених методик та покращення науково-дослідних процесів у медичній сфері.

3. Планування та оцінка реабілітаційних політик, адже аналіз даних для оцінки ефективності існуючих політик та планування нових дозволяє визначати пріоритетні напрями для вдосконалення системи реабілітації та здійснювати оцінку впливу вже впроваджених політик і програм на різні групи пацієнтів. У наслідок цього очікується підвищення ефективності державного управління у сфері медичної реабілітації; підвищення прозорості та обґрунтованості прийняття управлінських рішень.

5. Підвищення якості даних для виявлення невідповідностей, суперечностей та аномалій у вихідних даних, у тому числі у нормативно-правових документах, що сприятиме процесам очищення даних, а також виявленню та виправленню помилок у цих документах і підвищенню їх якості й релевантності сучасним потребам і вимогам, у т.ч. нормам ВООЗ та Європейського Союзу. Це є важливим з точки зору прийняття та коригування вже прийнятих рішень з управління сферою медичної реабілітації та підвищення довіри зі сторони суспільства до держави та її реабілітаційної політики.

6. Підтримка прийняття рішень на основі використання кластеризованих даних для підтримки прийняття рішень на різних рівнях управління шляхом надання рекомендацій для медичних закладів на основі аналізу даних та підтримки стратегічного планування та оперативного управління задля: підвищення ефективності управління медичними закладами; зниження ризиків через обґрунтовані рішення

Таким чином процес кластеризації даних може значно покращити систему публічного управління у сфері медичної реабілітації. Використання кластеризації дозволяє ефективно сегментувати пацієнтів, оптимізувати ресурси, виявляти закономірності у лікуванні, планувати та оцінювати державні політики та програми, підвищувати якість вихідних даних та підтримувати прийняття

рішень. Це сприяє покращенню як якості реабілітаційних послуг та підвищенню ефективності реабілітації, так і загальному вдосконаленню системи публічного управління у сфері медичної реабілітації.

Узагальнюючи вище викладене маємо зазначити, що наразі в Україні є всі необхідні нормативно-правові, організаційні та інноваційно-інформаційні передумови для забезпечення ефективного публічного управління у сфері медичної реабілітації. Проте наша країна має ще достатньо високий потенціал для удосконалення. Зокрема, розвиток цифрових технологій у сучасній Україні охоплює майже всі галузі суспільного та економічного життя. Однак наявність обмежень в розвитку цифрової трансформації в певних сферах пов'язана з недостатнім рівнем цифрових компетентностей значної частини населення [100, с. 8]

У цілому електронна охорона здоров'я та електронна реабілітація в Україні є складною екосистемою інформаційних відносин між учасниками медичного середовища, перед якою на сьогодні постає ряд викликів. Основні проблеми і причини, що їх породжують у даному контексті згруповано нами у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3.

**Проблеми публічного управління у сфері охорони здоров'я,
що вимагають вирішення шляхом цифровізації**

Проблема	Причини виникнення
Низька керованість і ефективність системи охорони здоров'я та високий рівень її бюрократизації	<ul style="list-style-type: none"> - використання медичними працівниками та закладами охорони здоров'я неефективних інструментів та механізмів управління, пов'язаних з веденням 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 нераціональних витрат ресурсів.
Розгорнута форма ведення медичної документації та недостатність інформації про стан здоров'я пацієнта	<ul style="list-style-type: none"> Первинна медична інформація про стан здоров'я пацієнта зберігається у різних надавачів медичних послуг переважно у паперовому вигляді, що призводить до: <ul style="list-style-type: none"> - 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.
Обмежена доступність медичних послуг	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).
Непрозорість системи охорони здоров'я, недостовірні дані та корупція	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 медичним 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.
Недостатньо розвинена національна медична інфраструктура інформатизації	- кадрова спроможність; - рівень цифрової компетентності медичних працівників; - стан комп'ютеризації закладів охорони здоров'я.

Джерело: складено автором

Загалом, на сьогодні особливу увагу необхідно приділити не лише розвитку сектору розробки та впровадження інноваційних продуктів, технологій і методик медичної реабілітації, але й удосконаленню нормативно-правових документів та організаційно-управлінських структур у цій сфері. На наш погляд, доцільно більше уваги звернути на використання сучасних організаційно-управлінських форм, що базуються на принципах децентралізації та спеціалізації, зокрема на формуванні кластерів та використання можливостей кластеризації як для удосконалення організаційної форми надання реабілітаційних послуг, так і для суттєвого поліпшення публічно-управлінської діяльності інституцій, що дотичні до сфери медичної реабілітації.

Також, важливим питанням, яке вимагає дослідження, на наш погляд, є вивчення міжнародного та, зокрема, європейського досвіду публічного управління у сфері медичної реабілітації в умовах розвитку електронної медицини. Заслугує на увагу концепція цифрового здоров'я, що активно впроваджується в США, Канаді, Великій Британії та в країнах Європейського Союзу та орієнтована на потреби пацієнта та суспільства. А, зважаючи на рух

України до Європейського Союзу, вітчизняна електронна система охорони здоров'я має враховувати досвід успішних країн, розробляти та застосовувати правила і процедури, що відповідають міжнародним нормам та протоколам.

2.2. Міжнародний досвід публічного управління у сфері медичної реабілітації в умовах розвитку електронної медицини

Розвиток ІТ-технологій призвів до суттєвих змін у всіх сферах життєдіяльності людини, включаючи й сферу охорони здоров'я. Наразі все частіше ми зустрічаємо та вживаємо такі терміни як е-здоров'я, е-медицина, е-реабілітація, цифрове здоров'я тощо. У зарубіжній фаховій літературі, що пов'язана із застосуванням ІТ-технологій у сфері охорони здоров'я найбільш часто зустрічаються терміни електронне здоров'я (eHealth), мобільне здоров'я (mHealth), цифрове здоров'я (digital Health), електронна реабілітація (e-rehabilitation) . Як зазначено в положеннях ВООЗ [105] та в працях науковців [109, 110]] цифрове здоров'я можна визначити як конвергенцію між охороною здоров'я та новими цифровими технологіями, які отримують, збирають, маніпулюють та обмінюються даними про здоров'я. Багато термінів використовуються для позначення різних аспектів революції цифрового здоров'я, наприклад як мобільне здоров'я, бездротове здоров'я, великі дані, кількісна оцінка себе та самопостереження, обчислювальні пристрої, які можна носити, телездоров'я, обчислення тіла, точна медицина та персоналізована медицина.

Зазначимо, що в зарубіжній літературі також існує поняття «цифрова охорона здоров'я» (digital healthcare), що в певній мірі корелюється з українським поняттям «електронна система здоров'я», адже в зарубіжній практиці, як і в Україні, цифрова охорона здоров'я умовно розділена на технології, призначені для лікаря (тобто електронні медичні записи, медичні веб-сайти, CIED, переносні кардіомонітори медичного класу) і для пацієнта/споживача (тобто самоконтроль за допомогою споживчих пристроїв,

що носяться, пошук в Інтернеті), або ж зосереджена на комунікації з лікарем-пацієнтом (тобто, телемедицина, портали для пацієнтів). При цьому варто зауважити , що всі процеси розвитку й впровадження ІТ-технологій в практичну площину у сфері охорони здоров'я та медичної реабілітації регулюються через нормативні документи та стандарти ВООЗ, Європейського Союзу та національне законодавство різних країн світу (табл. 2.4).

Так, Регіональний план дій у сфері цифрової охорони здоров'я для Європейського регіону ВООЗ на 2023 – 2030 роки [111] рекомендує більш ефективно використовувати потенціал цифрової трансформації у сфері охорони здоров'я, у тому числі шляхом оцінки рівня цифрової грамотності серед медичних працівників та населення та розвитку у них відповідних навичок. В основу регіонального плану закладено також Глобальну стратегію в сфері цифрової охорони здоров'я на 2020 – 2025 роки [112], Тринадцяту загальну програму роботи на 2019 – 2023 роки [113] та Європейську програму роботи на 2020 – 2025 роки, «Спільні дії для покращення здоров'я мешканців Європи» [114] та зазначаючи, що ініціатива «Розширення прав та можливостей громадян за допомогою цифрової охорони здоров'я» є однією з флагманських ініціатив.

Як бачимо за останнє десятиліття з ініціативи ВООЗ, Європейської комісії (ЄК) та інших інституцій, зокрема Агенції ЄС з питань кібербезпеки (ENISA), з'явилися численні політики, директиви, нормативні акти та програми розвитку е-охорони здоров'я та цифрової охорони здоров'я, що окрім іншого передбачають фінансування Європейської комісії для підтримки цифровізації систем охорони здоров'я. Так, у квітні 2018 року ЄК було опубліковано Повідомлення до Європейського парламенту, Ради, Європейського економічного та соціального комітету та Комітету регіонів: щодо забезпечення можливості цифрової трансформації охорони здоров'я та догляду на Єдиному Цифровому Ринку; розширення можливостей громадян і побудову більш здорового суспільства» [115].

Таблиця 2.4

Міжнародні нормативно-правові документи та програми

з регулювання цифрової охорони здоров'я

Інституція, рік прийняття документу	Назва документу
Всесвітня асамблея охорони здоров'я, 2005 [116]	Резолюція WHA58.28 (2005) про електронну охорону здоров'я
Європейська комісія, 2010 [117]	Рамка цифрових компетентностей для громадян Європейського Союзу, (DigComp)
Всесвітня асамблея охорони здоров'я, 2013 [118]	Резолюція WHA66.24 (2013) про стандартизацію та сумісність електронної охорони здоров'я
Європейська комісія, 2014 [119]	Horizon 2020
Європейська комісія, 2015 [120]	Стратегія Єдиного Цифрового Ринку для Європи
ВООЗ, 2015 [121]	Глобальне опитування щодо електронної охорони здоров'я
Європейський парламент та Рада Євросоюзу, 2016 [122]	Загальний Регламент Захисту Даних (GDPR),
Всесвітня асамблея охорони здоров'я, 2018 [123]	Резолюція WHA71.7 про цифрову охорону здоров'я
Європейська комісія, 2018 [115]	Повідомлення від ЄК до Європейського парламенту, Ради, Європейського економічного і соціального комітету і Комітету регіонів
Всесвітня асамблея охорони здоров'я, 2018 [113]	Тринадцята загальна програма роботи на 2019–2023 рр резолюція WHA71.1
Агентство ЄС з кібербезпеки (ENISA), 2019 [124]	Закон ЄС про кібербезпеку: ENISA
Європейська комісія, 2019 [125]	Програма «Зв'язок заради здорового майбутнього»
Європейська комісія, 2019 [126]	Рекомендації щодо європейського формату обміну електронними медичними записами
Європейська комісія, 2020 [127]	Програмний документ «Horizon Europe - наступне дослідження та Рамкова програма інновацій»
Європейська комісія, 2020 [128]	Європейський простір даних про здоров'я (EHDS)
Європейське агентство з лікарських засобів, 2020 [129]	«Регламент медичних пристроїв (MDR)»
ЄПР (EPW), 2020 [114]	Європейська програма роботи на 2020–2025 рр. – «Спільні дії для покращення здоров'я мешканців Європи»
ВООЗ, 2020 [112]	Глобальна стратегія в галузі цифрової охорони здоров'я на 2020–2025 рр.
ВООЗ, 2021 [130]	Трансформація системи охорони здоров'я в епоху цифрових технологій під час пандемії COVID-19
ВООЗ, 2022 [131]	Стратегічні пріоритети Регіонального плану дій цифрової охорони здоров'я на 2023–2030 рр.
ВООЗ, 2022 [132]	Регіональний план дій цифрової охорони здоров'я на 2023–2030 рр.
Європейська комісія, 2022 [133]	Оновлена Рамка цифрових компетентностей для громадян Європейського Союзу (DigComp 2.2)
ЄПР (EPW), 2022 [134]	Ініціатива «Розширення прав та можливостей громадян за допомогою цифрової охорони здоров'я»
ВООЗ, 2019[135]	Звіт про 11-й перегляд Міжнародної класифікації хвороб (ICD-11)
ВООЗ, 2023 [136]	Цілі сталого розвитку (SDG), до 2030 року

Джерело, складено автором

Документ надає вичерпний огляд попередніх дій, вжитих для стимулювання та розвитку цифровізації охорони здоров'я (включаючи директиви та нормативні акти), разом з тим зазначається, що впровадження цифрових рішень «залишалось повільним та суттєво відрізнялося між державами-членами та регіонами». Визначаючи дані про здоров'я як ключовий фактор цифрової трансформації, було підкреслено, що використання орієнтованих на пацієнта даних про здоров'я все ще недостатньо розвинуто в Європейському союзі (ЄС). Крім того, фрагментація ринку та відсутність сумісності стояли на шляху комплексного підходу до профілактики захворювань, догляду та лікування, а також для підвищення ефективності задоволення потреб населення, у тому числі й у сфері медичної реабілітації (резольюції Європейської комісії, 2015, 2018 років) [115, 120].

Зважаючи на ці висновки ЄК взяла на себе низку зобов'язань щодо подальшої цифрової трансформації, а саме:

- Розробку загальноєвропейських стандартів якості, надійності та кібербезпеки даних, які надають громадянам безпечний доступ до повного електронного запису їхніх особистих даних про здоров'я.
- Загальноєвропейську стандартизацію електронних медичних записів (EHRs).
- Покращення сумісності завдяки відкритим форматам обміну. ЄК також підкреслила необхідність брати до уваги нові технології, такі як блокчейн, інноваційне управління ідентифікацією та механізми сертифікації відповідно до положень Загального регламенту захисту даних (GDPR).

Програми, що лежать в основі руху до цифрової трансформації в ЄС, включають:

- Horizon 2020 [119], започаткований ЄК у червні 2012 року, забезпечував фінансування у розмірі 80 мільярдів євро (2012-2020) для підтримки розвитку досліджень та інноваційних рішень у сфері цифрової охорони здоров'я та догляду, зокрема використання даних пацієнтів для покращення лікування

складних хронічних захворювань. Профінансовано близько 1100 проектів у сфері охорони здоров'я, зокрема:

- Рекомендація щодо європейського формату обміну електронними медичними записами для сприяння транскордонній сумісності EHR в межах ЄС [126].

- Horizon Europe, наступник Horizon 2020, запущений 1 січня 2020 року як нова програма досліджень та інновацій вартістю 100 мільярдів євро (2021-2027), прагне розблокувати потенціал нових інструментів, технологій і цифрових рішень та забезпечити доступ до інноваційної, сталої та високоякісної охорони здоров'я в ЄС [127].

ЄК також розробила ряд політик і законів, які підтримують цифрову трансформацію, а саме:

- Загальний Регламент Захисту Даних (GDPR, дійсний з 2018) встановлює права громадян на доступ до всіх їхніх персональних даних, у тому числі даних про здоров'я, і забезпечує правову базу для захисту та обробки персональних даних [122].

- Закон про кібербезпеку 2019 року посилив можливості Агентства ЄС з мережевої та інформаційної безпеки (ENISA) допомагати державам-членам протистояти загрозам кібербезпеці та створити систему сертифікації кібербезпеки для всього ЄС [124].

- Новий Регламент щодо медичних пристроїв (MDR) має на меті посилити суворіші процеси клінічної оцінки, а також безпеку, класифікацію та ефективність медичних пристроїв як вимоги до їх продажу в ЄС. Дана постанова мала набути чинності в травні 2020 року, проте перенесено на рік через COVID-19 [129].

- Європейський простір даних про здоров'я (EHDS) запропонований у 2020 році як частина охорони здоров'я ЄС, спрямований на створення безпечного та конфіденційного середовища для обміну даними про здоров'я та доступу до них за межами Європи. Його цілі включають сприяння

дослідженням, персоналізованій медицині та інноваціям у охороні здоров'я [128].

У своєму наступному довгостроковому бюджеті ЄК планує стратегічно розподілити кошти для стимулювання цифрової трансформації, включно з інвестуванням в інновації. Інвестиції будуть спрямовані у п'ять ключових секторів: високопродуктивні обчислення, штучний інтелект (ШІ), кібербезпека та довіра, передові цифрові навички та забезпечення широкого використання та розгортання цифрових технологій в економіці та суспільстві [127].

Глобальне опитування ВООЗ щодо електронної охорони здоров'я, проведене у 2015 р., свідчить про зростаючий інтерес до відповідної галузі в Європейському регіоні. Хоча було досягнуто відчутного прогресу у впровадженні технологічних рішень для покращення громадського здоров'я та надання медичних послуг, проте з тих пір у сфері охорони здоров'я та цифрових технологій виникають соціальні виклики, які можливо подолати у разі широкого впровадження цифрових рішень, орієнтованих на населення [121].

Регіональний план дій у сфері цифрової охорони здоров'я на 2023–2030 рр. (Україна у співавторстві), який обговорювався на 72-й сесії Європейського регіонального комітету ВООЗ, описує, як Європейське регіональне бюро ВООЗ підтримуватиме країни у використанні та розширенні їх цифрової трансформації для покращення здоров'я та відповідно до їхніх потреб в охороні здоров'я, повністю поважатиме цінності справедливості, солідарності та прав людини [111].

Регіональний план фокусується на розвитку цифрової охорони здоров'я, що є галуззю знань та практичної діяльності, пов'язаною з розробкою та використанням цифрових технологій для покращення здоров'я. Керівними принципами цього плану дій є:

- розміщення людини в центрі надійної медичної допомоги, яка надається цифровим способом (пацієнтоорієнтований підхід);

- розуміння проблем системи охорони здоров'я, включаючи потреби та тенденції даної галузі, а також визнання потреб та очікувань громадян та працівників охорони здоров'я;
- визнання необхідності прийняття політичних рішень на основі даних, доказів і отриманих уроків;
- використання цифрової трансформації для перегляду майбутнього систем охорони здоров'я;
- визнання того, що інституціоналізація цифрової охорони здоров'я потребує довгострокових зобов'язань та комплексного підходу до догляду [132].

У підготовці Регіонального плану дій у сфері цифрової охорони здоров'я взято до розгляду попередні резолюції Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я WHA58.28 [116] про електронну охорону здоров'я, WHA66.24 [118] про стандартизацію та сумісність електронної охорони здоров'я та WHA71.7 [123] про цифрову охорону здоров'я, Глобальну стратегію в галузі цифрової охорони здоров'я на 2020–2025 рр. [112], а також відома звіт про 11-й перегляд Міжнародної класифікації хвороб та документ про трансформацію системи охорони здоров'я в епоху цифрових технологій під час пандемії COVID-19 [135].

Регіональний план дій у сфері цифрової охорони здоров'я визначає, що орієнтовані на людей цифрові рішення за належного використання можуть сприяти державам-членам досягти Цілей сталого розвитку, пов'язаних зі здоров'ям, до 2030 року (SDG 2015) та зробити суттєвий внесок у розвиток загального охоплення медичними послугами, захист населення під час надзвичайних ситуацій, а також покращення здоров'я та добробуту. Також План має на меті сприяти досягненню Глобальної стратегії в галузі цифрової охорони здоров'я на 2020-2025 рр. [112], Тринадцятої загальної програми роботи на 2019–2023 рр. [113] та Європейської програми роботи на 2020–2025 рр. – «Спільні дії для покращення здоров'я мешканців Європи» (ЄПР) [114]. У Плані зазначається, що ініціатива «Розширення прав та можливостей громадян

за допомогою цифрової охорони здоров'я» є однією з флагманських ініціатив ЄПР [134].

План забезпечує основу, яка закликає держави-члени сприяти цифровізації своїх систем охорони здоров'я за допомогою чотирьох стратегічних пріоритетів, а саме:

- Стратегічний пріоритет 1 – встановлення норм, розробка науково-обґрунтованих технічних рекомендацій і формулювання напрямків для підтримки прийняття рішень у сфері цифрової охорони здоров'я;
- Стратегічний пріоритет 2 – підвищення потенціалу країни для кращого управління цифровою трансформацією у сфері охорони здоров'я та підвищення цифрової медичної грамотності;
- Стратегічний пріоритет 3 – створення мереж і сприяння діалогу та обміну знаннями для сприяння взаємодії між партнерами, зацікавленими сторонами та широким загалом для керування інноваціями у сфері цифрової охорони здоров'я;
- Стратегічний пріоритет 4 – проведення пошуку та аналізу для визначення орієнтованих на пацієнта рішень, які можна масштабувати на рівні країни чи регіону для формування громадського здоров'я та системи охорони здоров'я в цифрову еру. [136]

Регіональний план дій у сфері цифрової охорони здоров'я для Європейського регіону ВООЗ на 2023–2030 роки [132] рекомендує більш ефективно використовувати потенціал цифрової трансформації у сфері охорони здоров'я, у тому числі шляхом оцінки рівня цифрової грамотності серед медичних працівників та населення та розвитку у них відповідних навичок. Рамка цифрових компетентностей для громадян Європейського Союзу (DigComp) [117] забезпечує загальне розуміння того, що таке цифрова компетентність. Інтегрована структура оновленої рамки DigComp 2.2 [133] містить понад 250 нових прикладів знань, навичок і підходів, які допомагають громадянам впевнено, критично і безпечно взаємодіяти з цифровими технологіями, а також з технологіями які з'являються, на кшталт, систем,

керованих штучним інтелектом. Рамка є концептуально-референтною моделлю для створення відповідних професійних рамок цифрових компетентностей для різних галузей, у тому числі охорони здоров'я.

Згідно з наведеними вище документами уряди та провідні органи охорони здоров'я всіх європейських країн реалізують власні плани щодо впровадження цифрових технологій у сфері охорони здоров'я. Зважаючи на вищевикладене необхідно зауважити, що в Україні вивчають та імплементують міжнародні правові акти й ініціативи для розбудови цифрового середовища охорони здоров'я. Так, на думку фахівців МОЗ України відповідно до стандартів ВООЗ та найкращих світових практик в Україні необхідно:

- удосконалити законодавство, що регламентує діяльність E-Health в Україні, до сучасного рівня цифровізації (без необхідності паперових носіїв загалом); формування бюджету для фінансування відповідних процесів; залучення експертів для формування стратегії, стандартизації та мотиваційного середовища учасників (застаріла нормативно-правова база не дає можливості реалізовувати ефективні рішення та є застарілою, змушує втілювати компромісні та застарілі рішення);

- переглянути підходи до централізації та децентралізації системи E-Health; архітектура системи повинна бути гнучкою: із можливістю підтримки централізованих та децентралізованих сервісів, із захистом та пильним контролем доступу до даних, із відображенням цих фактів доступу у відповідних кабінетах громадянина/пацієнта/лікаря;

- створити збалансовану платформу сталого розвитку E-Health (цифрова платформа охорони здоров'я — ЦПОЗ), що буде розвиватись на основі інтересів зацікавлених сторін: пацієнтів, лікарів, асоціацій, бізнесу, громадських і волонтерських організацій, МОЗ, ЦГЗ, Мінцифри, НСЗУ, страхових компаній, ДП «Електронне здоров'я», науковців, освітян, кіберполіції, незалежного експертного середовища; поточна система ЕСОЗ продовжує розвиток як інструмент НСЗУ для реалізації фінансової реформи;

- впровадити повний електронний документообіг в СОЗ, сучасні цифрові інструменти, зокрема стандартизовані електронні історії хвороби, структуровані електронні медичні записи, віртуальні кабінети лікарів, електронні консультації між спеціалістами, та інше, що дозволить більш ефективно планувати й керувати документообігом, скорочувати час і покращувати якість прийняття клінічних та управлінських рішень, не лише прозора й оперативно відстежувати помилки в наданні медичної допомоги, але й попереджувати їх у майбутньому через сервіси електронних асистентів, системи підтримки клінічних рішень; це також забезпечить повноцінну взаємодію ЦПОЗ із різними національними реєстрами, системами, інституціями через національну шину даних (trembita.gov.ua);

- для однозначної ідентифікації пацієнта варто забезпечити використання національного ідентифікатора громадянина (id.gov.ua) та впровадити технологію Master Patient Index для людей неідентифікованих або іноземців;

- активно розвивати платформу ДІЯ, як інтерфейсу для взаємодії з громадянами, зокрема використання її можливостей для СОЗ;

- забезпечити можливість залучення бізнес-середовища до розробки та ринкового розповсюдження сервісів, послуг, рішень без бюрократичних обмежень та без залежності від монополій;

- побудувати мотиваційне середовище генерації даних; інтеграція цих даних із показниками ефективності для виплат і системами, що допомагають лікарям приймати рішення, проводити консультації та лікування, зокрема за відповідними протоколами, може бути значним мотиватором; лікарський ресурс необхідно використовувати більш ефективно, тому необхідно мотивувати впровадження в СОЗ асистентів лікаря, зокрема для введення медичних записів і відповідні цифрові інструменти для цього; варто також оптимізувати медичні форми для цифрового використання;

- контроль за даними варто делегувати на найбільш зацікавленого в об'єктивності учасника — пацієнта, наприклад, через персональний кабінет пацієнта; це допоможе збудувати збалансовану, орієнтовану на людину систему, в якій пацієнт є власником своїх медичних даних, що мають цінність;

збереження пацієнтом своїх даних про профілактичні активності, спортивні досягнення, здоровий спосіб життя, якими можна поділитися зі страховими компаніями, допоможе отримати найвигіднішу пропозицію на комерційне страхування;

- встановити в ЗОЗ сучасну комп'ютерну техніку, мережі та забезпечити їхнє обслуговування високопрофесійними адміністраторами; також забезпечити ліцензійними пакетами необхідного програмного забезпечення; сформувані конкурентні параметри для якісних програмних та апаратних компонентів та послуг із підтримки під відповідні типові завдання, для формування якісної ІТ інфраструктури у сфері ОЗ;

- створити можливості для залучення професіоналів через ринковий рівень фінансової винагороди, зменшення бюрократичних перепон для реалізації сучасних задумів та побудови ефективної взаємодії з суміжними інституціями;

- упровадити цифрові інструменти аудиту й контролю ефективності дорогих виробів медичного призначення та формування потреб.

Вищенаведене дозволить збирати перевірену, своєчасну, структуровану інформацію, як підґрунтя для прийняття управлінських рішень у реальному часі за допомогою різноманітних програм і сервісів. Водночас:

- НСЗУ отримує всі необхідні дані для прийняття управлінських рішень, рекомендацій для ЗОЗ, проведення виплат та координації приватних страхових компаній, використовуючи основний інструмент ЕСОЗ, що тісно інтегрований із ЦПОЗ;

- страхова медицина через цифрові рішення інтегрована із ЗОЗ, лікарями, пацієнтами й мотивує пацієнтів до профілактики, а лікарів та ЗОЗів до підвищення якості наданих послуг;

- пацієнти отримують різноманітний функціонал, що допомагає запобігати захворюванню (профілактика), а також обрати за рейтингом лікаря та ЗОЗ, контролювати хід лікування, реабілітації. Водночас ревізія пацієнтами своїх

електронних історій хвороб та зворотний зв'язок допомагає органу контролю якості медичної допомоги виявляти помилкові послуги та проблеми [137].

У контексті вище викладеного зазначимо, що значна увага приділяється й питанням цифровізації процесів публічного управління у сфері медичної реабілітації, та її практичному втіленню у медичну практичну діяльність. Тому вважаємо за доречне розглянути досвід окремих країн світу з використання цифрових технологій у сфері публічного управління медичною реабілітацією, який в подальшому може бути адаптовано в Україні.

Окремі аспекти цифровізації процесів публічного управління в зарубіжних країнах, у т. ч. у сфері охорони здоров'я висвітлено у працях вітчизняних та зарубіжних науковців [109, 110, 138-140]. Цікавим і корисним є досвід цифровізації публічного управління у сфері медичної реабілітації в таких провідних країнах світу як США, Велика Британія, Канада, Ізраїль та Німеччина, що демонструє різноманітні підходи та практики. Ці країни мають добре розвинені системи медичної реабілітації, які включають інноваційні технології та ефективні методи управління.

Так, в США децентралізована система охорони здоров'я, що дозволяє різним штатам розробляти та впроваджувати свої програми реабілітації. В цій країні спостерігається широке використання телемедицини та імерсійних технологій, таких як віртуальна реальність (VR) та доповнена (AR), для реабілітації пацієнтів після інсультів, травм та інших медичних станів. Реабілітаційні послуги фінансуються через страхові компанії, державні програми Medicare та Medicaid, а також приватні платежі. Як приклад можна навести функціонування реабілітаційної програми TBI (Traumatic Brain Injury) Model Systems, яка включає в себе 16 регіональних центрів по всій країні, які займаються дослідженням та лікуванням травм головного мозку.

Особливості системи Великої Британії є функціонування Національної служба охорони здоров'я (NHS), яка забезпечує безкоштовний доступ до медичних послуг, включаючи реабілітаційні програми. Ця система є інтегрованою та передбачає тісну співпрацю між лікарнями, реабілітаційними

центрами та службами соціального захисту для забезпечення комплексної підтримки пацієнтів. У Великій Британії також широко використовуються імерсійні технології, зокрема технології VR для лікування пацієнтів з неврологічними розладами та для фізичної реабілітації. Так, програма NHS England Rehabilitation надає реабілітаційні послуги пацієнтам, які перенесли інсульти, травми або мають хронічні захворювання.

У Канаді функціонує публічно фінансована система охорони здоров'я. Тобто Канадська система охорони здоров'я фінансується через податки і надає медичні послуги на безкоштовній основі. Кожна провінція та територія відповідає за організацію реабілітаційних послуг, що передбачає активне використання телемедицини для надання реабілітаційних послуг у віддалених та сільських районах. Як приклад можна навести функціонування національної системи «Rick Hansen Institute» - це Національна організація, що спеціалізується на дослідженні та лікуванні травм спинного мозку, включаючи використання новітніх технологій.

Досить цікавим є досвід Ізраїлю, де діє система Універсального медичного страхування за якою всі громадяни Ізраїлю мають обов'язкове медичне страхування, яке покриває реабілітаційні послуги. У країні впроваджуються новітні технології, таких як екзоскелети, VR та AR, для реабілітації пацієнтів з інсультами, травмами та іншими захворюваннями. Також, необхідно відзначити, що в країні існує високий рівень спеціалізації реабілітаційних центрів, що забезпечує комплексний підхід до відновлення пацієнтів. Так, одним з найбільших реабілітаційних центрів в Ізраїлі, що відомий своїми передовими методиками та технологіями є центр Левінштейн (Loewenstein Hospital Rehabilitation Center).

Серед європейських країн доцільно виділити досвід Німеччини де дії страхова медицина як обов'язковий атрибут страхової системи, а медичне страхування покриває вартість реабілітаційних послуг. У країні функціонує розвинена мережа спеціалізованих реабілітаційних клінік, які надають комплексні послуги для пацієнтів з різними медичними станами та діагнозами та

застосовують різні технологічні інновації, зокремаа: використання робототехніки, VR та інших новітніх технологій у реабілітаційних програмах.

Цікавим видається те, що програма DRV (Deutsche Rentenversicherung) - програма німецького пенсійного страхування, фінансує також і реабілітаційні послуги для працюючих громадян, включаючи використання сучасних технологій.

Таким чином досвід публічного управління у сфері медичної реабілітації в США, Великій Британії, Канаді, Ізраїлі та Німеччині показує, що ефективно впровадження інноваційних технологій та інтеграція різних рівнів медичних та соціальних послуг можуть значно покращити результати реабілітації. Україна може використовувати ці приклади для вдосконалення власної системи медичної реабілітації, адаптуючи найкращі практики до національних умов та потреб.

Також, виходячи з реалій війни, хочемо зробити наголос на особливостях функціонування державних програм з реабілітації військових, що є пріоритетом у багатьох країнах, особливо у тих, де військові дії або служба за кордоном є поширеними. Так, США, Велика Британія, Канада, Ізраїль та Німеччина мають розвинуті системи реабілітації для ветеранів, які включають медичну, психологічну та соціальну підтримку. Нижче наведено ключові особливості реабілітаційних систем у цих країнах.

У США у межах державної реабілітаційної системи функціонує організація Department of Veterans Affairs (VA), яка забезпечує медичну та психологічну підтримку ветеранам. VA має широку мережу медичних центрів, які надають спеціалізовані реабілітаційні послуги. Окрім цієї організації розвинена мережа спеціалізованих центрів для лікування військових з численними травмами, включаючи фізичні, когнітивні та емоційні розлади (Polytrauma Rehabilitation Centers). У процесі реабілітації військових для надання реабілітаційних послуг ветеранам, які проживають у віддалених районах використовуються технології телемедицини, а програма VR (Veterans Readiness and Employment) – допомагає ветеранам повернутися до цивільного життя через навчання, працевлаштування та професійну підготовку.

Велика Британія через Національний центр допомоги (National Health Service (NHS)) надає медичні та реабілітаційні послуги ветеранам через спеціалізовані програми та клініки. Так, досить гарно показав себе таких основний реабілітаційний центр для військових, де надаються комплексні послуги для відновлення фізичних та психологічних функцій - The Defence Medical Rehabilitation Centre (DMRC) Stanford Hall. Реабілітаційні послуги в країні надають такі багодійні організації як Help for Heroes та The Royal British Legion, що надають додаткову підтримку, включаючи фінансову допомогу, житло та психологічну підтримку.

Канада має свої особливості, зокрема Veterans Affairs Canada (VAC) - основний урядовий орган, який відповідає за надання медичних, психологічних та соціальних послуг ветеранам. Ця організація розробляє та впроваджує Програми реабілітації та реінтеграції, які допомагають ветеранам знайти роботу, отримати освіту та адаптуватися до цивільного життя. Спеціалізовані клініки (Operational Stress Injury (OSI) Clinics) надають психологічну допомогу ветеранам з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) та іншими операційними стресовими травмами. Також в країні є організація, яка допомагає військовим з пораненнями та хворобами повернутися до служби або адаптуватися до цивільного життя – Joint Personnel Support Unit (JPSU).

У Ізраїлі за надання медичної та психологічної допомоги пораненим солдатам та ветеранам відповідає окрема інституція – Департамент реабілітації Міністерства Оборони (Rehabilitation Department of the Ministry of Defense). Одним із провідних центрів реабілітації, який спеціалізується на лікуванні військових з травмами спинного мозку, головного мозку та інших серйозних пошкоджень є реабілітаційний центр Бет-Левінштейн (Loewenstein Rehabilitation Center). Ще одна організація Відділ реабілітації інвалідів війни (Unit for Rehabilitation of Disabled Veterans) допомагає ветеранам з інвалідністю інтегруватися в суспільство, знайти роботу та отримати необхідну підтримку. Щодо інновацій, то Ізраїль, також активно використовує екзоскелети, VR та

інших новітніх технологій для фізичної та когнітивної реабілітації військових, що постраждали під час військових дій.

Основний медичний підрозділ, який надає медичну допомогу військовим та ветеранам Німеччини - Bundeswehr Joint Medical Service. За програмами діяльності цієї інституції наразі проходять реабілітацію й військові та цивільні, що постраждали від війни в Україні. У Німеччині також діють: Захисна служба з медичної реабілітації, яка розробляє й впроваджує спеціалізовані програми, що забезпечують реабілітацію військових з фізичними та психологічними травмами; широка мережа психологічних центрів, які надають допомогу військовим з ПТСР та іншими психологічними розладами; програми, спрямовані на повернення військових до цивільного життя, включаючи навчання, професійну підготовку та працевлаштування.

Таким чином можемо узагальнити, що системи реабілітації військових у США, Великій Британії, Канаді, Ізраїлі та Німеччині мають багато спільного, включаючи акцент на комплексній медичній та психологічній допомозі, використання інноваційних технологій та підтримку соціальної реінтеграції. Кожна країна адаптує свої підходи до національних особливостей та потреб, але всі вони визнають важливість надання якісних реабілітаційних послуг для військових та ветеранів. Україна може використовувати ці приклади для вдосконалення власної системи реабілітації, враховуючи кращі практики та досвід провідних країн світу.

Підсумовуючи зазначимо, що розвиток електронної медицини (е-медицина) відкриває нові можливості для підвищення ефективності публічного управління у сфері медичної реабілітації. Аналіз міжнародного досвіду показує, що використання цифрових технологій дозволяє покращити якість медичних послуг, забезпечити їх доступність та оптимізувати витрати.

Так, ЄС активно впроваджує політики та стратегії для розвитку е-медицини, спрямовані на створення єдиного цифрового ринку. Програми, такі як eHealth Action Plan та Digital Single Market, стимулюють інтеграцію цифрових технологій в медицину та реабілітацію. Універсальне впровадження електронних

медичних карток та телемедицини сприяє покращенню координації між медичними закладами та підвищенню якості догляду за пацієнтами.

США мають значний досвід у використанні електронних медичних записів (EMR) та телемедицини. Закон про економічну та клінічну допомогу (HITECH Act) стимулював впровадження EMR, що дозволило значно покращити доступ до медичних даних та ефективність медичних послуг. Водночас, розвиток телемедицини сприяв розширенню доступу до медичних послуг у віддалених та сільських районах.

Канада також активно використовує телемедицину для надання реабілітаційних послуг. Програми, такі як Telehealth Ontario, забезпечують консультації та моніторинг пацієнтів на відстані, що особливо важливо для жителів віддалених регіонів. Крім того, впровадження електронних медичних записів сприяє покращенню обміну інформацією між медичними установами.

Національна служба охорони здоров'я Великої Британії (NHS) є піонером у впровадженні цифрових технологій у медицину. Програма NHS Digital сприяє розвитку електронних медичних записів та телемедицини, забезпечуючи високу якість та доступність медичних послуг. Крім того, активно розвиваються мобільні додатки для підтримки здорового способу життя та управління хронічними захворюваннями.

Ізраїль відомий своїми інноваційними підходами у сфері медицини, зокрема, використанням телемедицини та цифрових технологій для реабілітації. Платформи, такі як TytoCare, дозволяють проводити дистанційні консультації та діагностику, що сприяє покращенню доступу до медичних послуг та оптимізації витрат на охорону здоров'я.

Німеччина активно впроваджує цифрові технології у сферу охорони здоров'я через ініціативи, такі як Digital Healthcare Act. Впровадження електронних медичних карток та розвиток телемедицини сприяє підвищенню ефективності медичних послуг та забезпеченню їх доступності для всіх громадян. Особлива увага приділяється забезпеченню захисту персональних даних пацієнтів.

Таким чином за результатами аналізу досвіду країн, що мають розвинені системи медичної реабілітації можемо констатувати наступне:

1. В межах ЄС діють єдині уніфіковані стандарти та стратегії для інтеграції цифрових технологій у медицину та реабілітацію пацієнтів, у т.ч. військових.

2. США здійснює активне впровадження EMR та телемедицини для покращення доступу до медичних послуг.

3. Канада – широко використовує можливості телемедицини для забезпечення медичних та реабілітаційних послуг у віддалених регіонах.

4. Велика Британія – активно застосовує інноваційні програми та мобільні додатки для підтримки здоров'я.

5. Ізраїль – зосередився на застосуванні інноваційних підходів до використання телемедицини та цифрових платформ в межах державних програм реабілітації, якими опікуються як Міністерство охорони здоров'я, так і Міністерство оборони.

6. Німеччина – окрім питань впровадження інновацій та цифрових ініціатив у сфері охорони здоров'я й реабілітації, що включені також і до пенсійних програм, велику увагу приділяє питанням захисту персональних даних пацієнтів.

Таким чином за результатами вивчення досвіду провідних країн вважаємо, що сьогодні для України є важливим і можливим для впровадження таке:

1. Впровадження універсальних стандартів для електронних медичних записів (досвід ЄС).

2. Розвиток телемедицини для покращення доступу до медичних послуг у віддалених регіонах (досвід США та Канади).

3. Забезпечення захисту персональних даних пацієнтів (досвід Німеччини).

4. Стимулювання інновацій у сфері е-медицини та е-реабілітації (досвід Ізраїлю).

Таким чином, міжнародний досвід показує, що інтеграція цифрових технологій у сферу медичної реабілітації може значно покращити якість та

доступність медичних послуг. Важливо використовувати цей досвід для розвитку національних стратегій та програм у цій галузі. Тому співпраця з міжнародними організаціями для обміну досвідом та найкращими практиками є одним з найбільш важливих напрямів у просування цифрових технологій публічного управління у сфері медичної реабілітації.

2.3. Вплив публічного управління на розвиток біопсихосоціальної моделі реабілітації як інструменту забезпечення життєдіяльності

Біопсихосоціальна модель (БПС-модель) є комплексним підходом до розуміння та лікування здоров'я людини, що включає біологічні, психологічні та соціальні аспекти. Ця модель виникла як альтернатива біомедичній моделі, яка фокусується переважно на біологічних факторах захворювань. Формування БПС-моделі було значним кроком у розвитку медичної реабілітації та загальної медицини.

Історичні витоки БПС-моделі необхідно шукати в античній філософській традиції, адже ще давніх культурах, таких як грецька та римська, вже існували уявлення про зв'язок між тілом і розумом. Так, Гіппократ (460-370 рр. до н.е.) вважав, що здоров'я залежить від балансу чотирьох гуморів (кров, флегма, жовта жовч і чорна жовч) і впливу навколишнього середовища. У середньовіччі та епоху Відродження продовжувалося дослідження зв'язку між тілом, розумом та духовністю. Гуманістичні філософи, такі як Парацельс (1493-1541), почали враховувати психологічні та соціальні аспекти при лікуванні пацієнтів.

Виникнення психології як наукової дисципліни у XIX столітті, завдяки роботам таких вчених, як Зигмунд Фрейд (1856-1939), та розвиток соціології під впливом Еміля Дюркгейма (1858-1917), заклали основи для більш глибокого розуміння ролі психічних та соціальних факторів у здоров'ї.

Формування сучасної БПС-моделі розпочалися з праць американського вченого та практикуючого лікаря Джордж Енгеля (1913-1999) у 1977 році він запропонував біопсихосоціальну модель як альтернативу біомедичній моделі.

Він підкреслював важливість розгляду хвороб і здоров'я з урахуванням біологічних, психологічних та соціальних факторів [141]. Загалом БПС-модель запропонована на протигагу біомедичній моделі, у якій оцінка здоров'я людини зводилася лише до фізіологічних характеристик (генетики, анатомії, біохімії). За цією моделлю у ХІХ столітті проблеми психічного здоров'я трактувалися як захворювання мозку. Відтак лікували людей, використовуючи біохімічні маркери чи застосовуючи фізичне втручання. У своїх спогадах Дж. Енгель згадував біомедичні установи «холодними та безликими», а лікарів характеризував «зацикленими на процедурах та нечуттєвими до особистих проблем пацієнтів та їхніх родичів» [141].

Майже 100 років фахівці продовжували пояснювати хворобу пацієнта через соматичні параметри, не беручи до уваги психосоціальні аспекти. При цьому важливо враховувати роль психосоматичної медицини, яка досліджує, як психологічні процеси можуть впливати на фізичне здоров'я, а роботи таких вчених, як Б.Й. Диякон [142] Р.Дж. Гатчел, М.С. Оордт [143], сприяли визнанню впливу психосоматичних факторів на розвиток захворювань. Однак розвиток медицини, психіатрії та суміжних галузей змінили розуміння поняття психічного здоров'я та психічних захворювань. Щодо соціальної медицини, то вона розглядає, як соціальні умови, такі як рівень доходу, освіти та соціальні зв'язки, впливають на здоров'я. Ця галузь досліджень підтримала ідею інтеграції соціальних факторів у медичну практику. Тому створення БПС-моделі та її впровадження у медичну практику за різними напрямками стало предметом дослідження таких науковців як Дж. Тругліо, М. Граціано, Р. Ведантхан, С. Хан, К. Ріос, Б. Гендел-Патерсон [144], Р.Д. Лейн [145] та багатьох інших.

З часом біопсихосоціальна модель почала вимагати мультидисциплінарного та індивідуального підходу до надання послуг у сфері психічного здоров'я. Впровадження БПС моделі у систему охорони здоров'я країни можливе за умови спільної роботи різних фахівців – психологів, психіатрів, психотерапевтів, медсестер та медбратів, сімейних лікарів, соціальних працівників, користувачів послуг, пацієнтів та їхніх родин. Як

наслідок, фахівці можуть надавати більш якісні послуги, а пацієнти отримувати кращий результат. Візуально БПС-модель можна представити наступним чином (рис. 2.4).



Рис. 2.4. Схематичне відображення змісту БПС-моделі []

Звичайно, цей процес не відбувається одномоментно. Він вимагає багато часу та фінансових ресурсів. Якщо говорити про те, що означає біопсихосоціальна модель допомоги для українців, то це можна коротко означити тезою «не діагнозом єдиним». В Україні ще на початку ХХ сторіччя у багатьох великих містах почали відкриватися кабінети антропометрії, коригувальної гімнастики і масажу, кабінети лікарського контролю, на базі яких проводилося не лише вивчення даних фізичного розвитку, але і розробка пропозицій з їх корекції.

Важливе значення для розвитку реабілітації в Україні відіграла організація медичних інститутів в обласних центрах та відкриття на їхній базі кафедр фізіотерапії і курортології, фізичного виховання та лікувальної фізкультури. Реалізація принципів профілактичної медицини на тлі залучення населення до масового заняття фізкультурою та спортом, збільшення кількості медичних інститутів і кількості фахівців з медичною та фізкультурною освітою дозволили створити широкую мережу кабінетів лікарського контролю, наскрізного

охоплення лікувальним контролем як спортсменів і фізкультурників, так і хворих, що потребують спостереження і реабілітації [146].

Значний вклад в обґрунтуванні загальних уявлень про використання засобів та методів фізичної культури у відновному лікуванні зробили роботи В.С. Піруського і лікарів Харківського медико-механічного інституту. Перший розробив вчення про мототерапію і використовував її разом з природними факторами і працею, що було до того часу відсутнє в усіх системах лікарської гімнастики. Цей комплекс лікування фізичними засобами став основою майбутньої системи відновного лікування.

Лікарі Харківського медико-механічного інституту А.Н.Гейманович, В.Д.Чаклін, Ф.В.Лукашевич та інші під керівництвом М.І.Ситенко, ґрунтуючись на досвіді лікування фізичними вправами разом з фізіотерапією та працетерапією 3892 хворих з промисловими та військовими травмами, у 1910-1916 рр. започаткували методіку сучасного лікування травм фізичними методами. У 1921 р. М.І. Ситенко очолив цей інститут у Харкові і відкрив перший у країні дитячий ортопедичний профілакторій, де широко використовувались фізичні методи лікування.

Вагомий внесок в теорію і практику відновлюючих методів лікування внесли український професор В.К.Крамаренко, який видав «Посібник з масажу і лікарської гімнастики» у 1911 р., та співпрацівники інституту фізичних методів лікування у Севастополі. Інститут був заснований земством у 1914 р., і головним завданням його було лікування інвалідів 1-ї світової війни [147].

На території України, історія застосування фізичних вправ з лікувальною метою у радянські часи була тісно пов'язана з розвитком профілактичного напрямку в медицині, комплексного функціонального лікування і оздоровчим спрямуванням фізичного виховання. Широке розповсюдження засобів фізичної культури для лікування і профілактики захворювань, теоретичне та клінічне обґрунтування їх застосування, використання педагогічних і методичних принципів фізичної культури та історичного досвіду застосування фізичних вправ привело до формування нової медичної дисципліни – «лікувальна фізична

культура» [147]. Цей термін був запропонований у 1929 р. Б.Я. Шимшелевичем і ввійшов у наукову літературу і практику, замінивши терміни лікарська гімнастика, кінезотерапія, ерготерапія, мототерапія, міокінезотерапія та інші, які визначали переважно вузькобіологічну суть дисципліни. В подальшому термін лікувальна фізична культура набув статусу державного. В медичних інститутах та інститутах фізичної культури почали готувати фахівців, які отримували спеціальність відповідно: лікар лікувальної фізичної культури, інструктор лікувальної фізичної культури.

Передова думка, традиції і досвід роботи Харківського медико-механічного інституту стали передумовою організації у Харкові в 1921 р. першого науково-дослідного інституту фізичної культури. Плідно працюють фахівці у Слов'янську – Т.Р.Нікітін, в Одесі – Я.Й.Камінський. Останній у 1924 р. видає книжку з лікувальної гімнастики і через три роки організовує науково-дослідну лабораторію, яка пізніше перетворюється у філіал Українського інституту фізкультури. У 1932 р. Я.Й. Камінський починає вести курс лікувальної фізичної культури у медінституті, який у 1934 р. реорганізується у першу в Україні кафедру з цієї дисципліни. Продовжувачем його справи став академік А.Е.Штеренгерц, автор понад тисячі наукових праць, який створив школу лікарів та методистів з лікувальної фізичної культури [148].

Глибокі та всебічні наукові дослідження і клінічні спостереження дозволили розкрити механізми лікувальної дії фізичних вправ та масажу і розробити науково обґрунтовані окремі методики їх застосування у комплексному лікуванні. Свій вагомий доробок внесли українські вчені О.О.Шейнберг, А.Є.Штеренгерц, О.В.Кочаровська, Л.І.Фінк, а також працівники науково-дослідного інституту фізкультури у Харкові. Науковці і практики напрацьовують курс з вивчення і використання комплексного, найбільш ефективного методу лікування із застосуванням лікувальної фізичної культури, лікувального масажу, фізіотерапії і клімато-терапевтичних процедур [148].

Набутий у мирний період досвід став підставою для наказу про обов'язкове використання у військових шпиталях лікувальної фізичної культури під час

Великої Вітчизняної війни. Вона разом з іншими лікувальними методами забезпечувала не тільки скорочення термінів лікування, а і швидше відновлення боєздатності та зменшення інвалідності поранених.

У післявоєнні роки розширилось застосування лікувальної фізичної культури під час таких захворювань як інфаркт міокарду, оперативних втручаннях на серці, легенях, судинах, мозку, опіковій хворобі. У 1950 р. створюються лікарсько-фізкультурні диспансери. Теорія збагачується працями професорів А.Є.Штеренгерца (Одеса), В.М. Максимової (Харків), Т.О.Третілової (Львів), О.В. Кочаровської, В.Т. Стівбуна, Г.Й.Красносельського (Київ).

«Травматична епідемія», якою за образним висловом М.І. Пирогова є війна, котра породила після II світової війни небувалу в історії людства кількість інвалідів, яких треба було не лише лікувати, а й відновлювати до праці чи самообслуговування і тим самим не викреслювати їх з життя суспільства, за яке вони віддали здоров'я. Ці обставини привели до створення нового напрямку у відновному процесі – реабілітації, яка крім власне медичних методів використовувала суспільні та соціально-економічні заходи [147]. Як бачимо, з розвитком наукової медицини, на засадах праць античних лікарів, лікування рухом було визначено основою відновлювальної фізичної медицини.

Повний і динамічний розвиток реабілітації спостерігається після Другої світової війни. Відтепер вона охоплює не лише діяльність щодо інвалідів війни, а й щодо всіх осіб з обмеженими можливостями [149]. У другій половині ХХ століття розвиток теоретичних основ реабілітаційної медицини сприяв створенню і удосконаленню методів відновлювального лікування з подальшим широким упровадженням їх до медичної практики. Було створено мережу реабілітаційних госпіталів, санаторіїв тощо, для відновлювального лікування ветеранів та осіб з інвалідністю Великої Вітчизняної війни. Концептуально новий підхід до організації і методології медичної реабілітації, який склався на основі наукових досліджень, став основою для створення у кінці 70-х років мережі лікувальних установ для відновлювального лікування хворих, що перенесли інфаркт міокарда (наприклад, санаторій «Ювілейний» на

Словкурорті). Важливим для організації системи реабілітаційної медицини в цей період є впровадження та удосконалення трьох основних принципів:

1. Етапність відновлювального лікування, що включає послідовну реабілітацію хворих в умовах стаціонару (інфарктне та реабілітаційне відділення), потім в санаторії, з подальшим диспансерним спостереженням у поліклініці. Реабілітаційні заходи розпочинають за відсутності протипоказань, проводять комплексне застосування всіх доступних і необхідних засобів з урахуванням «вегетативного паспорта» людини і патогенезу хвороби (індивідуальний та адекватний підхід).

2. Доцільність проведення санаторно-курортної реабілітації в ранній відновлювальний період, а також, після безпосередньої виписки зі стаціонару (безперервність).

3. Широке застосування фізичних чинників лікування з метою підвищення ефективності реабілітаційних заходів [146].

Засновуючись на цих трьох принципах, в Україні було створено систему ранньої реабілітації хворих, що перенесли інфаркт міокарда, інсульт, вірусний гепатит, хворих з наслідками опіків і спинальної травми, а також хворих після оперативних втручань на магістральних судинах, серці, органах травлення, суглобах і переломах довгих трубчастих кісток та доведено високий терапевтичний і економічний ефекти цих заходів. На високу оцінку заслуговують заходи з оздоровлення осіб, потерпілих під час аварії на ЧАЕС [147].

Окрім того, в післявоєнні часи ідея розробки конкретної політики в галузі реабілітаційної медицини стала з'являтися в усьому світові і, особливо, в Європі. Ідея нової медичної спеціальності почала реалізовуватись шляхом заснування національних наукових товариств [150].

У якості розширення цієї ініціативи, 10 травня 1950 року в Лондоні народився проєкт створення Міжнародної федерації фізичної медицини (пізніше перейменована в Міжнародну федерації фізичної медицини і реабілітації). Ця організація повинна була об'єднувати національні наукові товариства в галузі

фізичної медицини в усьому світі. Перші три конгреси, що були проведені в Європі (1956 – Копенгаген, 1964 – Париж, 1972 – Барселона), сприяли кристалізації вузла європейських лікарів, об'єднаних єдиною метою створення спеціальності в Європі [152].

З 1950-х по 1970-ті роки ряд лікарів з різних європейських країн, об'єднаних одними і тими ж розумом, духом і волею рухатись вперед, працювали щоб детально визначити, розвинути і зробити автономну нову спеціальність, яка в ту пору була ані відомою, ані визначеною. Результатом їх роботи було створення чотирьох Європейських Організацій, які, збільшуючись і посилюючи власну діяльність, в результаті заснували нову автономну спеціальність у всіх європейських країнах. Ці чотири організації були створені в наступному хронологічному порядку:

- 1963 р. – Європейська федерація фізичної медицини та реабілітації;
- 1969 р. – Європейська Академія Реабілітаційної Медицини;
- 1971 р. – Секція ФРМ ЄС Медичних Спеціалістів;
- 1991 р. – Європейський Коледж ФРМ.

У 2003 р. Європейську федерацію фізичної медицини та реабілітації було перейменовано в Європейське Товариство з Фізичної та Реабілітаційної Медицини [9].

Реабілітацію починають викладати у вищих медичних закладах. Варшавська медична академія одна з перших у світі відкрила в 1961 р. кафедру і клініку реабілітації. Спеціалістів-реабілітологів середньої ланки стали готувати в Англії, Данії та інших країнах.

Початок нового тисячоліття для медичної реабілітації супроводжувався значними змінами, що відобразалося у запровадженні моделі біопсихосоціальної інтеграції.

Так, у 2001 р. Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я було схвалено Міжнародну класифікацію функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ), яка стала і є актуальною на цей час інформаційною довідковою

системою для стандартизованого опису станів здоров'я та впливу цих станів на якість життя людини у взаємодії з її середовищем.

Цьому схваленню передували дев'ять років заходів із перегляду, координованих ВООЗ. Початкову класифікацію наслідків захворювань ВООЗ – Міжнародну класифікацію порушень, обмеження життєдіяльності та фізичних недоліків було розроблено у 1980 році [153].

Паралельно цьому, в Україні було чимало зроблено з відновного лікування, організації роботи та допомоги інвалідам. Робота велась на державному рівні під безпосереднім керівництвом Міністерства охорони здоров'я та соціального забезпечення. Профільні науково-дослідні інститути розробляли питання експертизи працездатності і організації праці інвалідів, протезування та протезобудування. У Києві був відкритий унікальний академічний інститут геронтології, найавторитетніший заклад у світі з вивчення проблем старіння та лікування осіб похилого та старечого віку. Для інвалідів війни і праці були створені шпиталі, школи для дітей-калік, будинки-інтернати, спеціалізовані санаторії, протезні заводи, готувались кадри для роботи в цих закладах. Держава навчала і надавала посильну роботу сліпим, глухонімым та іншим особам з вродженими чи набутими дефектами.

У 1966 році приймається рішення про організацію великих відновних центрів для лікування хворих з травматолого-ортопедичними, нейрохірургічними та неврологічними захворюваннями. Під Києвом у 1970 році відкривається спеціалізований санаторій для реабілітації хворих, прооперованих на серце, де через 15-30 днів після операції проводився 30-50 денний курс відновного лікування. Центральний інститут курортології, фізіотерапії і лікувальної фізкультури в 1988 році реорганізується у центр медичної реабілітації і фізичної терапії.

У Києві в 1969 році відкривається науково-дослідний Інститут медичних проблем фізичної культури, який проіснував до 1986 року, а в 1993 році відновлений та реорганізований у Державний науково-дослідний Інститут проблем фізичної культури і спорту. У Київському Інституті удосконалення

лікарів відкривається кафедра фізичної реабілітації І мануальної терапії (зав проф. Л.Є. Пелех), а в областях – реабілітаційні лікарні, центри та відділення. Важливим заходом для подальшого розвитку лікувальної фізичної культури, в цілому реабілітації в Україні, підготовки висококваліфікованих фахівців було створення в 1994 році спеціалізованої Ради з захисту докторських дисертацій (проф. В.В. Клапчук) у Дніпропетровській державній медичній академії і заснування журналу «Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія».

В якості основи для МКФ, в останню було імплементовано біопсихосоціальну модель (БПС-модель) обмеження життєдіяльності та здоров'я.

Завдяки активній діяльності, в першу чергу, Джорджа Л. Енгеля, який прагнув до більш цілісного підходу, на відміну від біомедичного (вузькоспеціального) підходу до медицини, який мав домінуючий вплив, біопсихосоціальна модель знайшла своїх прихильників [154].

У межах Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я, БПС-модель складається з відповідних аспектів, які вказані у самій назві МКФ – функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я. Так, першим з них є функціонування, яке є сукупністю всіх процесів людського організму та дій, що виконує людина. У МКФ аспект функціонування представлено у чотирьох функціональних доменах:

- Функції організму;
- Структури організму.

Ці перші два домени нами було визначено, як медико-біологічні, і вони формують стан здоров'я – загальний показник для хвороб (гострих і хронічних), розладів, пошкоджень або травм. Стан здоров'я також може охоплювати інші обставини, у тому числі вагітність, старіння, стрес, вроджена аномалія або генетична схильність. Стани здоров'я кодуються згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я. Результатом стану здоров'я є «здатність» організму особи до участі у життєдіяльності/заняттєвої участі у спосіб і в межах, звичайних для людини.

Останні два домени нами визначено, як медико-соціальні:

– Заняттєва активність – цілеспрямована, тривала, регулярна, багатокомпонентна діяльність, виконання якої людина потребує, бажає чи очікує;

– Заняттєва участь – виконання заняттєвої активності, що здійснюється за результатами безпосереднього особистісного вибору особою на основі мотивації та значущості активності для особи у сприятливому (безбар'єрному) середовищі;

Результатом взаємодії між здатністю організму особи та факторами середовища і особистими факторами є безпосередня реалізація цілей і бажань особи відповідно до актуальних можливостей, що визначається як «виконання» [153, 37].

Наступним аспектом інтегративної моделі МКФ є обмеження життєдіяльності, що визначається як втрата особою внаслідок хвороби, травми (її наслідків), вроджених порушень або інших станів здоров'я здатності до участі у життєдіяльності/заняттєвої участі у спосіб і в межах, звичайних для людини [153].

Здоров'я, в свою чергу, Всесвітньою організацією охорони здоров'я визначається, як стан повноцінного фізичного, психічного та соціального добробуту, а не лише відсутність хвороб чи фізичних вад [155].

Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я сприяє створенню більш інтегрованого уявлення про здоров'я, а не обмежується лише хворобою чи інвалідністю. Використання МКФ підкреслює потенціал кожної окремої особи, надаючи їм підтримку для більш успішної інтеграції в суспільне життя. Це досягається за допомогою різноманітних заходів, спрямованих на розвиток їх здібностей, а також шляхом врахування впливу середовища та індивідуальних факторів, які можуть заважати їхній активній участі.

Окрім того, схвалення МКФ у законодавстві та професійній медичній спільноті передбачає перехід до біопсихосоціальної моделі розуміння здоров'я та реабілітаційної стратегії охорони здоров'я.

Спочатку, в рамках біомедичного підходу, реабілітація в сфері охорони здоров'я розглядалася суто з утилітарних позицій і технічно використовувалися для полегшення болю, відновлення локомоторної функції тіла людини і функцій органів і систем організму, які виконують функції життєзабезпечення (циркуляція рідин, проведення повітря, дихання та ін.).

Завдяки імплементації БПС-моделі реабілітація зазнала значних змін: за допомогою доповнення та посилення психологічним консультуванням, трудовою терапією і безліччю інших методів лікування, які можуть використовуватися спільно, стало можливим допомагати особам з обмеженням життєдіяльності досягати їхнього максимально можливого способу життя, незважаючи на проблеми зі здоров'ям, що зберігаються.

Так, відповідно до визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я, медична реабілітація є комплексом заходів, спрямованих на оптимізацію функціонування та зниження інвалідності в осіб зі змінами здоров'я у взаємодії з навколишнім середовищем [156].

Також, медична реабілітація є частиною універсального покриття охорони здоров'я, є однією із її стратегій та повинна бути інтегрована до пакету основних послуг, разом із профілактикою, промоцією, лікуванням та паліативною допомогою [157]. Більше того, ця стратегія охорони здоров'я адресована всім і кожному, оскільки на тому чи іншому етапі життя кожна людина стикається зі змінами здоров'я, і ми старіємо, що неминуче веде до погіршення показників здоров'я. Так, реабілітація, зазвичай, передбачає не лікування, а розширення функціональних можливостей організму; сама по собі реабілітація може сприяти зміцненню здоров'я та попередити його погіршення [158].

Історично сфера медичної реабілітації зазнавала концептуальних змін, і у якості автономної спеціальності була сформована як Фізична і реабілітаційна медицина (ФРМ), що визначається, як процес застосування комплексу реабілітаційних заходів, що передбачає профілактику, медичну діагностику, лікування та управління реабілітацією осіб усіх вікових груп зі станами здоров'я, що призводять до обмежень життєдіяльності та їх коморбідних станів, та

приділяє особливу увагу порушенням і обмеженням активності особи з метою сприяння її фізичному і когнітивному функціонуванню (включаючи поведінку), участі (включаючи якість життя) і модифікації особистих факторів та факторів середовища із застосуванням мультидисциплінарного підходу.

Метою фізичною і реабілітаційної медицини є переведення внутрішньої здатності або біологічного здоров'я людини у фактичне виконання при взаємодії зі своїм середовищем, що і буде здоров'ям життя особи.

У свою чергу, завданнями фізичної і реабілітаційної медицини визначено наступні:

1. Діагностика стани здоров'я;
2. Оцінка функціонування відносно до станів здоров'я, особистих факторів та факторів середовища;
3. Виконання, застосування та призначення біомедичних та технологічних втручань для лікування станів здоров'я;
4. Очолення та координація програми втручання для оптимізації активності та участі;
5. Надання порад пацієнтам та їх найближчому соціальному середовищу, постачальникам послуг та платникам;
6. Забезпечення освіти пацієнтів, родичів та інших важливих осіб;
7. Управління медичною реабілітацією у всіх сферах послуг охорони здоров'я;
8. Інформування та консультування громадськості та осіб, що ухвалюють рішення, щодо відповідної політики та програм медичної реабілітації у секторі охорони здоров'я та інших секторах, які: забезпечують та збільшують сприятливе фізичне та соціальне середовище; забезпечують доступність до реабілітаційних послуг, як права людини; підсилюють фахівців фізичної і реабілітаційної медицини з надання своєчасної та ефективної допомоги [159].

Останні роки медична допомога людям з психічними захворюваннями змінювалась завдяки впровадженню біопсихосоціальної моделі (далі – БПС модель). Цей підхід визначає людину як цілісний організм, у якому біологічні,

психологічні та соціальні чинники перебувають у постійному взаємозв'язку. Відповідно до цього уявлення про здоров'я людини, причини захворювань та надання їй допомоги залежить від особливостей та стану кожного з перелічених чинників. Крім того, використання біопсихосоціальної моделі є одним із керівних принципів взаємодії з людьми з непрацездатністю, обмеженням життєдіяльності чи інвалідністю і лежить в основі Конвенції про права осіб з інвалідністю ООН (далі – КПОІ).

Конвенція змінює саме розуміння «інвалідності» та ставить під сумнів існування інституту, який досі функціонує в Україні. Адже йдеться про природну, невід'ємну та невідчужувану можливість визнання цінності кожної людини як біопсихосоціальної істоти з боку інших людей, організацій чи держави. Мета Конвенції – захистити гідність та права людей з інвалідністю, а також створити простір для їхньої реалізації.

Україна підписала та ратифікувала КПОІ у 2008 році, проте законодавча адаптація та впровадження БПС моделі триває досі.

Щодо практичного застосування БПС-моделі в медичній реабілітації, то тут необхідно зазначити особливості цієї моделі, що полягають у наступному:

1. Мультидисциплінарний підхід, який передбачає впровадження мультидисциплінарних команд, що включають лікарів, психологів, соціальних працівників та інших фахівців, для забезпечення комплексної реабілітації пацієнтів.

2. Індивідуалізовані плани лікування – це розробку індивідуалізованих планів лікування, що враховують біологічні, психологічні та соціальні потреби пацієнтів, сприяє покращенню результатів реабілітації.

3. Підтримка психічного здоров'я створює умови для забезпечення психологічної підтримки пацієнтів під час реабілітації допомагає знизити стрес, покращити мотивацію та підвищити якість життя.

4. Соціальна реінтеграція, адже програми соціальної реінтеграції допомагають пацієнтам повернутися до активного життя в суспільстві, знайти роботу та підтримувати соціальні зв'язки.

Окремо зазначимо роль БПС-моделі в медичній реабілітації, яка враховує біологічні, психологічні та соціальні аспекти здоров'я людини, що робить її комплексним підходом до лікування та реабілітації. Публічне управління відіграє ключову роль у розвитку та впровадженні цієї моделі, забезпечуючи необхідні ресурси, законодавчу базу та організаційну підтримку.

По-перше, для ефективного розвитку біопсихосоціальної моделі реабілітації необхідна чітка законодавча база, яка визначає стандарти та вимоги до реабілітаційних послуг. Закони та нормативні акти повинні сприяти інтеграції біологічних, психологічних та соціальних аспектів у систему охорони здоров'я. Так, важливо розробити та впровадити законів, які регулюють надання мультидисциплінарних послуг, що включають медичну, психологічну та соціальну підтримку.

По-друге, ефективне публічне управління повинно забезпечувати достатнє фінансування для розвитку реабілітаційних програм та послуг. Це включає фінансування навчання медичного персоналу, закупівлю обладнання, створення реабілітаційних центрів та підтримку наукових досліджень. Наприклад необхідно передбачити у державному кошторисі країни виділення бюджетних коштів на спеціалізовані тренінги для медичного персоналу з акцентом на біопсихосоціальний підхід.

По-третє, публічне управління відіграє важливу роль у організації та координації медичних послуг. Це включає створення мультидисциплінарних команд, що працюють на основі біопсихосоціальної моделі, та забезпечення безперервності медичної допомоги через створення команд, що включають лікарів, психологів, соціальних працівників та інших фахівців, які спільно працюють над реабілітацією пацієнтів.

По-четверте, публічне управління повинно підтримувати наукові дослідження та інновації в галузі реабілітації. Це включає фінансування досліджень, розробку нових методів лікування та впровадження новітніх технологій. Наразі необхідно передбачити фінансування дослідницьких програм,

що спрямовані на вивчення ефективності біопсихосоціальної моделі та розробку нових методів реабілітації.

По-п'яте – публічне управління має забезпечувати освіту та підвищення кваліфікації медичного персоналу, щоб вони могли ефективно застосовувати біопсихосоціальну модель у своїй практиці. Це включає організацію тренінгів, семінарів та інших освітніх заходів з акцентом на інтеграцію біопсихосоціального підходу у їхню роботу.

По-шосте, публічне управління також має проводити інформаційні кампанії, спрямовані на підвищення обізнаності громадськості про важливість біопсихосоціального підходу до реабілітації. Це допоможе змінити суспільні стереотипи та сприяти більшій підтримці таких методів лікування. Проведення інформаційних кампаній, які розповідають про переваги біопсихосоціальної моделі та важливість комплексного підходу до реабілітації надає змогу підвищити обізнаність населення у можливостях та перевагах БПС-моделі в частині збереження та відновлення здоров'я.

Таким чином підсумовуючи можемо констатувати, що біопсихосоціальна модель є результатом довгого історичного розвитку, що включає античні філософські уявлення, досягнення психології та соціології, а також сучасні наукові дослідження. Ця модель забезпечує комплексний підхід до медичної реабілітації, що враховує всі аспекти життя пацієнта, і сприяє покращенню результатів лікування та якості життя.

Вплив публічного управління на розвиток біопсихосоціальної моделі реабілітації є суттєвим і багатограним. Ефективне публічне управління сприяє створенню необхідної законодавчої бази, забезпеченню фінансування, організації медичних послуг, підтримці наукових досліджень та інновацій, освіті та підвищенню кваліфікації медичного персоналу, а також проведенню інформаційних кампаній. Такий підхід дозволяє забезпечити високу якість реабілітаційних послуг та покращити життєдіяльність пацієнтів.

Висновки до розділу 2

Таким чином, підсумовуючи дослідження сучасного стану системи публічного управління у сфері медичної реабілітації в частині нормативно-правового, організаційного та інноваційно-інформаційного забезпечення публічного управління у сфері медичної реабілітації в умовах цифровізації, вивчення міжнародного досвіду публічного управління у цій сфері в умовах розвитку електронної медицини, а також та впливу публічного управління на розвиток біопсихосоціальної моделі реабілітації як інструменту забезпечення життєдіяльності можемо констатувати наступне:

1. Наразі в Україні є всі необхідні нормативно-правові, організаційні та інноваційно-інформаційні передумови для забезпечення ефективного публічного управління у сфері медичної реабілітації. У цілому електронна охорона здоров'я та електронна реабілітація в Україні є складною екосистемою інформаційних відносин між учасниками медичного середовища, перед якою на сьогодні постає ряд викликів. Проте наша країна має ще достатньо високий потенціал для удосконалення. Зокрема, розвиток цифрових технологій у сучасній Україні охоплює майже всі галузі суспільного та економічного життя. Однак наявність обмежень в розвитку цифрової трансформації в певних сферах пов'язана з недостатнім рівнем цифрових компетентностей значної частини населення. На наш погляд, доцільно більше уваги звернути на використання сучасних організаційно-управлінських форм, що базуються на принципах децентралізації та спеціалізації, зокрема на формуванні кластерів та використання можливостей кластеризації як для удосконалення організаційної форми надання реабілітаційних послуг, так і для суттєвого поліпшення публічно-управлінської діяльності інституцій, що дотичні до сфери медичної реабілітації.

2. Вивчення міжнародного досвіду публічного управління у сфері медичної реабілітації показав, що: в межах ЄС діють єдині уніфіковані стандарти та стратегії для інтеграції цифрових технологій у медицину та реабілітацію пацієнтів, у т.ч. військових; в США здійснює активне впровадження EMR та телемедицини для покращення доступу до медичних послуг; Канада – широко використовує можливості телемедицини для забезпечення медичних та

реабілітаційних послуг у віддалених регіонах; Велика Британія – активно застосовує інноваційні програми та мобільні додатки для підтримки здоров'я; Ізраїль – зосередився на застосуванні інноваційних підходів до використання телемедицини та цифрових платформ в межах державних програм реабілітації, якими опікуються як Міністерство охорони здоров'я, так і Міністерство оборони; Німеччина – окрім питань впровадження інновацій та цифрових ініціатив у сфері охорони здоров'я й реабілітації, що включені також і до пенсійних програм, велику увагу приділяє питанням захисту персональних даних пацієнтів.

За результатами вивчення досвіду провідних країн вважаємо, що сьогодні для України є важливим і можливим для впровадження таке:

1. Впровадження універсальних стандартів для електронних медичних записів (досвід ЄС).
2. Розвиток телемедицини для покращення доступу до медичних послуг у віддалених регіонах (досвід США та Канади).
3. Забезпечення захисту персональних даних пацієнтів (досвід Німеччини).
4. Стимулювання інновацій у сфері е-медицини та е-реабілітації (досвід Ізраїлю).

Таким чином, міжнародний досвід показує, що інтеграція цифрових технологій у сферу медичної реабілітації може значно покращити якість та доступність медичних послуг. Важливо використовувати цей досвід для розвитку національних стратегій та програм у цій галузі. Тому співпраця з міжнародними організаціями для обміну досвідом та найкращими практиками є одним з найбільш важливих напрямів у просування цифрових технологій публічного управління у сфері медичної реабілітації.

3. Публічне управління відіграє ключову роль у розвитку та впровадженні біопсихосоціальної моделі, забезпечуючи необхідні ресурси, законодавчу базу та організаційну підтримку, що вимагає здійснення наступних кроків: розробка чіткої законодавчої бази, яка визначає стандарти та вимоги до реабілітаційних

послуг; забезпечення достатнього фінансування для розвитку реабілітаційних програм та послуг; посилення ролі в організації та координації медичних послуг, у т.ч. створенні мультидисциплінарних команд, що працюють на основі біопсихосоціальної моделі; підтримка наукових досліджень та інновації в галузі реабілітації; забезпечення освіти та підвищення кваліфікації медичного персоналу; здійснення інформаційних кампаній, що спрямовані на підвищення обізнаності громадськості про важливість біопсихосоціального підходу до реабілітації. Загалом, біопсихосоціальна модель є результатом довгого історичного розвитку, що включає античні філософські уявлення, досягнення психології та соціології, а також сучасні наукові дослідження. Ця модель забезпечує комплексний підхід до медичної реабілітації, що враховує всі аспекти життя пацієнта, і сприяє покращенню результатів лікування та якості життя. Вплив публічного управління на розвиток біопсихосоціальної моделі реабілітації є суттєвим і багатограним. Ефективне публічне управління сприяє створенню необхідної законодавчої бази, забезпеченню фінансування, організації медичних послуг, підтримці наукових досліджень та інновацій, освіти та підвищенню кваліфікації медичного персоналу, а також проведенню інформаційних кампаній. Такий підхід дозволяє забезпечити високу якість реабілітаційних послуг та покращити життєдіяльність пацієнтів.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ

3.1. Кластерний підхід як напрям трансформації системи публічного управління у сферах охорони здоров'я та реабілітації

Враховуючи значний вплив медичної реабілітації на соціально-економічний потенціал сучасного суспільства, особливо за умов кризового стану, в якому перебуває наша держава; аналізуючи наявні організаційні проблеми в забезпеченні діяльності з медичної реабілітації в Україні; нами було поставлено завдання, виявити шляхи підвищення ефективності діяльності з медичної реабілітації, що в свою чергу є важливим інструментом для вирішення актуальної проблеми збільшення кількості людей з обмеженнями життєдіяльності.

Ми впевнені в тому, що потенційні зміни для одного з напрямків охорони здоров'я, яким є медична реабілітація, повинні бути безконфліктно імplementовані відповідно до особливостей існуючої структури та умов функціонування всієї системи охорони здоров'я.

Серед таких особливостей є діючий процес інфраструктурної трансформації охорони здоров'я в Україні, який передбачає створення госпітальних округів за кластерним принципом і формування спроможних мереж закладів охорони здоров'я, відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України № 174 «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я» від 28.01.2023. Щодо реабілітації, її було включено у перелік послуг, які повинні надаватися в кластерних та надкластерних закладах охорони здоров'я.

Згідно з цією Постановою, спроможна мережа закладів охорони здоров'я визначається як мережа надавачів медичних послуг, що забезпечує медичне

обслуговування у межах відповідного госпітального округу, зокрема під час надзвичайних ситуацій, надзвичайного чи воєнного стану, та дає змогу організувати належну якість такого обслуговування, своєчасність та доступність для населення, а також ефективне використання матеріальних, трудових та інших ресурсів [160].

У складі спроможної мережі визначаються надкласерні, класерні, та загальні заклади охорони здоров'я; надавачі медичних послуг, які надають первинну медичну допомогу; центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф із пунктами постійного базування бригад екстреної медичної допомоги.

У свою чергу, згідно із Законами України № 2347-IX «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 01.07.2022 та № 2494-IX «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо підвищення доступності медичної та реабілітаційної допомоги у період дії воєнного стану» 29.07.2022, були визначені наступні терміни:

- госпітальний округ – територія, у межах якої забезпечено надання якісної, комплексної, безперервної і орієнтованої на пацієнтів медичної та реабілітаційної допомоги шляхом організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я;

- загальний заклад охорони здоров'я – багатопрофільний лікарняний заклад, що надає медичну та реабілітаційну допомогу населенню територіальної громади або декількох громад та забезпечує базові напрями стаціонарної медичної допомоги відповідно до переліку, визначеного Кабінетом Міністрів України, стабілізацію стану пацієнта та його маршрутизацію до класерних та надкласерних закладів охорони здоров'я [161, 12];

- класерний заклад охорони здоров'я – багатопрофільний лікарняний заклад, спроможний забезпечити на території госпітального кластера потребу населення в медичному обслуговуванні у найбільш поширених захворюваннях і

станах за напрямми медичного обслуговування в стаціонарних умовах відповідно до переліку, визначеного Кабінетом Міністрів України;

– надкластерний заклад охорони здоров'я – багатопрофільний лікарняний заклад, в якого наявні ресурси та технології, орієнтовані на забезпечення медичного обслуговування у найбільш складних та/або рідкісних випадках захворювань населення всього госпітального округу за напрямми медичного обслуговування в стаціонарних умовах відповідно до переліку, визначеного Кабінетом Міністрів України [162, 12].

Окрім того, госпітальний округ територіально визначається однією областю, в межах якої, відповідно до кількості адміністративних районів, поділяється на госпітальні кластери. У свою чергу, в межах госпітальних кластерів функціонує спроможна мережа закладів охорони здоров'я (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Адміністративно-територіальна організація системи охорони здоров'я в Україні станом на кінець липня 2023 року

Адміністративно-територіальний устрій	Спроможна мережа закладів охорони здоров'я	
<i>Адміністративно-територіальна одиниця</i>	<i>Заклад охорони здоров'я</i>	
Регіональний рівень (Область, АРК, м. Київ та м. Севастополь)	Госпітальний Округ (18)	Надкластерний (118 лікарень)
Субрегіональний рівень (Район в областях, АРК)	Госпітальний Кластер	Кластерний (149 лікарень)
Базовий рівень (Громада на основі сіл, селищ, міст)		Загальний (275 лікарень)
		Надавачі первинної медичної допомоги
	Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф	

Джерело: розроблено автором на основі матеріалів [1, 160; 163]

Станом на кінець липня 2023 року Міністерством охорони здоров'я України було погоджено перелік закладів охорони здоров'я, які сформували спроможну мережу у 18 госпітальних округах. Кожна область окрім спроможної мережі також подавала 3-річні плани розвитку госпітального округу. Загалом, до

спроможної мережі увійшли 542 медзаклади спеціалізованої медичної допомоги (без урахування Волинської області та міста Києва). З них – 118 надкластерних лікарень, 149 кластерних лікарень, 275 загальних лікарень.

У реформі на даний момент задіяні ті області, де не ведуться активні бойові дії. Наразі спроможна мережа не впроваджується у Запорізькій, Донецькій, Луганській, Херсонській, Миколаївській областях та на території АР Крим. Однак протягом 6 місяців після припинення воєнного стану ці регіони мають подати пропозиції щодо визначення спроможної мережі закладів охорони здоров'я [164].

Аналізуючи новостворену кластерну організацію в сфері охорони здоров'я в Україні, ми дійшли висновку, що вона передбачає два аспекти, з яких територіальний поділ на госпітальні округи (області) і госпітальні кластери (райони), та розподіл закладів охорони здоров'я відповідно до базового переліку напрямів медичного обслуговування. Проте нами було визначено, що в цьому випадку не зберігається головна відмінність кластерних публічних структур, що передбачає міжгалузеву взаємодію, зокрема медицину з іншими галузями.

Так, відповідно до визначення одного із засновників теорії кластеризації, професора Гарвардської бізнес-школи М. Портера, кластер є системою постачальників, виробників, споживачів, елементів промислової інфраструктури, дослідницьких інститутів, що взаємодіють у процесі створення додаткової вартості. Даний підхід базується на врахуванні позитивних синергетичних ефектів регіональної агломерації, тобто близькості споживача та виробника, мережених впливів та дифузії знань і вмінь. М. Портер акцентує на відсутності реальних меж між галузями та типами діяльності, усі вони розглядаються у взаємозв'язку [165, с. 65-66].

Як зазначають Паненко В.В. та Поліщук О.Т., кластерний підхід є особливою комбінацією механізмів територіальної і міжгалузевої взаємодії, що дозволяє стимулювати інвестиційні процеси у сфері охорони здоров'я. Це пояснюється тим, що при створенні територіальних кластерів виникає синергетичний ефект від взаємодії його учасників, що перевищує подібний

ефект від функціонування вертикально і горизонтально інтегрованих структур. Кластерний підхід, як зазначають автори, дозволяє впорядкувати організаційну структуру регіональної системи охорони здоров'я, вибудовує ланцюжок стійких взаємозв'язків, заснованих на довірі і розумінні спільних інтересів [166, с. 65-66].

Якщо розглянути відмінності сучасного кластера від інших інтеграційних об'єднань – організацій та підприємств, зокрема, виробничого призначення (територіально-виробничих комплексів (ТВК), науково-виробничих об'єднань (НВО), промислово-фінансових груп (ПФГ), асоціацій, консорціумів, корпорацій, концернів, холдингів тощо), то можна виділити ряд найбільш характерних ознак (критеріїв), за якими вони відрізняються один від одного (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Відмінності сучасного кластера від ТВК або НВО

Відмінності	Кластер	ТВК, НВО
За формою діяльності зі створення об'єднання	Створюється через модернізацію попередніх виробничих структур та модулів	Створюється з «нуля», через інституціоналізацію та легітимізацію діяльності
За типом виробництва	Здійснює виробництво цілого спектру продукції (послуг), яка може змінюватися залежно від попиту	Здійснюється масове виробництво однорідної продукції
За структурою управління	Традиційно мережена, горизонтальна, за типом «ядро – постачальник»	Ієрархічна збалансована за принципом централізації-децентралізації або чисто централізована (за типом «виробничий вузол – комплекс – район»)
За територіальною ознакою	Учасники-партнери географічно наближені до основного виробництва, має місце локалізований контрактинг та аутсорсинг	Розподіл праці по всій країні – постачальники можуть знаходитися на великій відстані від виробників
За характером взаємозв'язків між виробництвами	Взаємозв'язки між виробництвами обов'язковими	Обов'язковий технологічний зв'язок між підприємствами, обов'язкова вертикальна інтеграція (від отримання сировини до її повного перероблення)

Джерело: [167]

Так, наприклад, щодо створення певного виду об'єднання: сучасний кластер створюється через модернізацію попередніх виробничих (інших) структур та модулів, а, наприклад, ТВК або НВО – через інституціоналізацію та легітимізацію діяльності, тобто практично з «нуля».

Відмінність кластера від інших об'єднань, виходячи з типу виробництва, полягає в тому, що традиційно кластер здійснює виробництво цілого спектру продукції (продуктів, технологій, послуг), яка може змінюватися залежно від попиту на неї, а, наприклад, у ТВК або іншому об'єднанні здійснюється масове виробництво однорідної продукції.

Структура управління кластером – традиційно мережена, горизонтальна, за типом «ядро – постачальник», у ТВК, НВО – ієрархічна, за типом «виробничий вузол – комплекс – район».

Структура управління у корпорації – ієрархічна збалансована за принципом централізації-децентралізації. В інших об'єднаннях може мати місце ієрархічна централізована структура.

Відмінність кластера від інших об'єднань за принципами організації діяльності полягає в тому, що в кластері учасники-партнери географічно наближені до основного виробництва, має місце локалізований контрактинг та аутсорсинг, а в класичному ТВК (ще з радянських часів) – розподіл праці по всій країні – постачальники можуть знаходитися на великій відстані від виробників [167].

Одним з ключових елементів забезпечення ефективної реалізації кластерного підходу є розпізнавання кластерів, яке відбувається шляхом їх класифікації за конкретними характеристиками:

- за рівнем кластеризації (державний, регіональний, мікрорівень);
- за галузевою специфікою (транспорт, туризм, медицина, меблі, одяг, продукти тощо);
- за типом інновацій (нові індустріальні системи, промислові платформи, технопарки, аерокосмічні системи, біотехнології тощо);
- за стадіями розвитку (ембріональні, розвинені, зрілі);

– за характером зв'язків (виробничі, науково-технічні, змішані); кількістю членів (невеликі – до двадцяти членів, великі – понад двадцяти членів та до десятків тисяч);

– за структурою підприємств (малі, середні, великі підприємства, змішаний тип, який дає змогу поєднувати дрібносерійне виробництво з великомасштабним підходом) і таке інше [167].

Серед вітчизняних науковців свою класифікацію також запропонував С.І. Соколенко, який по праву вважається ідеологом системи національної кластеризації. Так, автор пропонує ідентифікувати кластери за такими групами:

- конкурентні;
- стратегічні;
- виникаючі;
- зрілі;
- стабілізуючі [168].

Якщо розглядати кластерний підхід на місцевому рівні, кластери вважають одним із механізмів реалізації стратегічних пріоритетів інноваційної діяльності розвитку території. Саме на місцевому рівні визначають так звані «муніципальні кластери», які являють собою локальну мережену структуру, що інтегрує діяльність органів муніципального управління, бізнес-середовища, місцевих науково-дослідних, освітніх, громадських та інших некомерційних організацій задля задоволення колективних (суспільних) потреб та інтересів, у т.ч., засновників бізнесу, досягнення конкурентних переваг території та підвищення власних експортних можливостей [169].

Серед конкурентних переваг муніципальних утворень щодо формування кластерів можна виокремити наступні [169]:

1. Абсолютні конкурентні переваги: специфіка територіальних умов – наявність унікальних ресурсів і ексклюзивних можливостей (наприклад, мінеральні води, природа та пейзажі навколишнього середовища, рекреаційні ресурси, поєднання виробництв тощо), які обумовлюють нетипові потреби територіальної громади, пов'язані з умовами проживання та реалізації

діяльності, а також викликають певне «суперництво» муніципальних утворень з метою залучення до себе уваги споживачів продукту діяльності муніципального кластера, що, у свою чергу, обумовлює цінність цього продукту і «приплив» на територію муніципального утворення людських, фінансових, матеріальних, інноваційних та інших ресурсів.

2. Відносні конкурентні переваги: розвинута інфраструктура (виробнича, наукова, освітня, транспортна тощо); кращі порівняно з іншими муніципальними утвореннями умови виробництва та збуту тієї чи іншої продукції або надання послуг (наприклад, низька собівартість та вища якість, зручна та красива упаковка, гнучкі та доступні ціни, зручне транспортне сполучення та комунікації тощо); стратегічно- та інноваційно-орієнтовані влада, бізнес та громада; налагоджений механізм партнерства, у т.ч., на міжнародному рівні, та кооперації (співробітництва).

Аналіз досвіду передових країн світу дозволяє зробити висновок, що найефективніші проекти у сфері кластеризації економіки розроблені і реалізовані:

- найбільше – на регіональному рівні (Австрія, Великобританія, Данія, Канада, Нідерланди, Німеччина, Іспанія, Італія, США, Фінляндія, Швеція та ін.);
- на другому місці – мікрорівень (Великобританія, Данія, Німеччина, Польща, Фінляндія, Швейцарія та ін.);
- найменше – на державному рівні (Австрія, Канада, Нідерланди).

За галузевою ознакою (специфікою) можна виділити кластери таких типів: Великобританія – сільськогосподарські продукти, фінансові послуги, туризм, меблі, біотехнології, автомобілі; Німеччина – іграшки, Данія – молочні продукти; Італія – взуття, одяг, меблі, кераміка [169, 170].

Вітчизняним прикладом системного застосування кластерного підходу в управлінні місцевим (регіональним) інноваційним розвитком є діяльність Українського кластерного альянсу (УКА), який в свою чергу є мультигалузевою загальнонаціональною спілкою підприємств, бізнес-об'єднань, кластерів та

кластерних організацій України, що прагнуть до підвищення своєї конкурентоспроможності шляхом впровадження засад кластерної кооперації, індустріальних, цифрових та зелених інновацій автоматизації та ефективної взаємодії з державою. УКА є провідним і найбільшим формальним об'єднанням кластерного руху економічних кластерів України – нині до Альянсу входять 48 кластерів та асоціацій кластерного типу. УКА було засновано 24 березня 2022 року на базі ініціативи Clusters 4 Ukraine, що вийшла з кластерного комітету Платформи промислових і хайтек секторів Industry 4 Ukraine. Головною рушійною силою українського кластерного руху в різних форматах виступає Асоціація підприємств промислової автоматизації України (АППАУ).

Передумови об'єднання кластерів України остаточно сформувались в період 2019–2021 років. В 2019 році АППАУ стала співзасновником платформи Industry 4 Ukraine, яка стала головним лобістом та policy maker розвитку промислових малих та середніх підприємств (МСП) України. В період 2020–2021 рр. АППАУ тісно координує зусилля з розвитку кластерів із головним донором у цій сфері в Україні – німецькою федеральною компанією Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ), яка активно сприяла об'єднанню та посиленню спроможності більшості кластерів України впродовж 2021 року.

З початком повномасштабної війни РФ проти України кластерний комітет закликав кластери до об'єднання й мобілізації з метою зміцнення економічного фронту та допомоги Збройним Силам України. Початкова ініціатива Clusters 4 Ukraine в березні 2022 отримує активну підтримку низки кластерів і кластерних організацій України. Серед яких Інжиніринг – Автоматизація – Машинобудування (ІАМ), Українська асоціація меблевиків, Український автомобільний кластер, Хмельницький і Львівський швейні кластери, агротуристичний кластер «Дністер 1362» та кластерна ініціатива Agrofood з Полтавщини, й багато інших. Сотні підприємств із вище перерахованих кластерів згуртувалися в умовах війни в Українському кластерному альянсі. Як наслідок, в 2022 році кількість кластерів збільшилась з червня по грудень на 50%

(з 32 до 48), що дало змогу продовжити та посилити групування кластерів за галузевою ознакою. Зокрема, створений ресурсний пул Медичних кластерів (6 кластерів) [171].

Ґрунтуючись на основах про кластеризацію; із врахуванням різкого росту рівня обмежень життєдіяльності серед українців, непропорційно низької кількості фахівців з реабілітації та потребу у забезпеченні доступними допоміжними засобами реабілітації; спираючись на особливості інфраструктурного етапу трансформації охорони здоров'я та динаміку розвитку кластерного руху в Україні; нашою пропозицією стало створення реабілітаційних кластерів в межах кожного госпітального округу в Україні.

Так, реабілітаційний кластер визначено нами як систему споживачів, постачальників, виробників, елементів інфраструктури, освітніх та дослідницьких інститутів в межах госпітального округу, які взаємодіють у процесі діяльності щодо забезпечення якнайповнішого відновлення (або максимальної компенсації) втрачених унаслідок дії набутих чинників функцій, здібностей і здатностей індивідуума.

Серед основних цілей реабілітаційних кластерів визначено наступні:

- підготовка фахівців з реабілітації та комплектування мультидисциплінарних реабілітаційних команд, у т.ч. з застосуванням імерсійних технологій;
- забезпечення умов для реабілітаційної допомоги у післягострому та довготривалому періодах реабілітації з використанням інноваційно-телеметричних засобів;
- організація та пошук фінансових ресурсів для науково-виробничої діяльності у напрямку створення нових програм, технологій та допоміжних засобів реабілітації на засадах публічно-приватного партнерства;
- організація апробації інноваційних продуктів та сприяння їх швидкому просуванню до споживачів реабілітаційних послуг.

На перший погляд це може виглядати як звичайна сукупність медичних закладів вищої освіти, стаціонарів післягострої та довготривалої реабілітації,

науково-дослідницьких інститутів, та промислової інфраструктури з виробництва допоміжних технологій реабілітації. Проте саме формування цієї сукупності у реабілітаційний кластер, згідно з основами кластеризації, формує позитивний синергетичний ефект регіональної агломерації та дефрагментує окремі види діяльності, пов'язані з організацією медичної реабілітації, в єдину систему.

Таким чином, на нашу думку, створення реабілітаційних кластерів в межах кожного госпітального округу має забезпечити усі області України інтегративною системою з підготовки фахівців, надання послуг, виробництва допоміжних засобів, та створення нових технологій реабілітації.

Також, відповідно основним цілям, нами визначено основні завдання реабілітаційних кластерів, серед яких:

- інтенсифікація підготовки фахівців з реабілітації, для пропорційного забезпечення на всіх рівнях медичної допомоги;
- інтенсифікація формування нових мультидисциплінарних реабілітаційних команд, для пропорційного забезпечення на спеціалізованому рівні медичної допомоги;
- розвантаження кластерних, надкластерних закладів охорони здоров'я у питаннях надання реабілітаційної допомоги в післягострому та довготривалому періодах реабілітації;
- забезпечення доступними допоміжними засобами реабілітації;
- створення нових програм і технологій реабілітації [172].

На нашу думку, створення реабілітаційних кластерів, окрім приєднання до кластерного руху в Україні і розширення пулу Медичних кластерів (УКА), підвищить реабілітаційний потенціал спроможної мережі закладів охорони здоров'я, що в свою чергу має позитивно вплинути на вирішення проблеми підвищення рівня обмежень життєдіяльності серед українців.

Більш того, це відповідає стратегічним цілям Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року, схваленої, за ініціативою Першої леді України Олени Зеленської та її команди, 14 квітня 2021

року Кабінетом Міністрів України, а саме сфокусованості державної політики на підвищенні рівня здоров'я, забезпеченні фізичної активності населення; та спрямованості філософії соціального захисту та гарантій на створення можливостей та реалізації досягнень [173].

Отже, в процесі наукового пошуку нами було досліджено проблеми у питаннях забезпечення реабілітаційної допомоги в Україні. Окрім того, в умовах війни та після Перемоги, по мірі збільшення прогнозованого рівня обмежень життєдіяльності серед населення України та відсутності інтенсифікації вирішення цих проблем, вони будуть тільки збільшуватися, що потребує рішучих дій з боку влади. Інфраструктурний етап трансформації охорони здоров'я в Україні відбувається шляхом кластеризації. Проте цей процес, на нашу думку, не розкриває весь потенціал кластерного підходу. Так, було визначено особливості функціонування кластера на основі теорії кластеризації та досвіді сучасного кластерного руху в сфері публічного управління.

Відповідно до цього, нами було запропоновано в межах кожного госпітального округу створити реабілітаційний кластер, який визначено як систему споживачів, постачальників, виробників, елементів інфраструктури, освітніх та дослідницьких інститутів в межах госпітального округу, які взаємодіють у процесі діяльності щодо забезпечення якнайповнішого відновлення (або максимальної компенсації) втрачених унаслідок дії набутих чинників функцій, здібностей і здатностей індивідуума.

Таким чином, застосування кластерного підходу як інструменту підвищення ефективності діяльності з медичної реабілітації загалом, і створення реабілітаційних кластерів зокрема, окрім виконання безпосередніх завдань, повинно стати одним із факторів забезпечення стійкості, розвитку та ревіталізації територій і громад в Україні.

3.2. Методологія управління проєктами в контексті удосконалення системи публічного управління у сфері медичної реабілітації

У попередньому розділі було зазначено, що кластеризація, як сучасний процес формування інтегративних об'єднань міжгалузевої взаємодії, зазнав активного розвитку в Україні. Окрім того, кластерний підхід було використано при формуванні спроможної мережі закладів охорони здоров'я. Проте нами було визначено, що в цьому випадку не зберігається головна відмінність кластерних публічних структур, що передбачає міжгалузеву взаємодію медицини з іншими галузями. Кластеризація в сфері охорони здоров'я в Україні пропонує лише територіальний поділ на госпітальні округи (області) і госпітальні кластери (райони), та розподіл закладів охорони здоров'я відповідно до базового переліку напрямів медичного обслуговування.

Стосовно медичної реабілітації, нагадаємо, що реалізація заходів у цій сфері визначається, як інтегрована сукупність різноманітних медичних, правових, технологічних, соціальних, інвестиційних, просвітницьких, інфраструктурних та інших проєктів [174, с.46]. Відповідно до цього та в процесі вивчення основ про кластеризацію, для нас стало логічною пропозиція формування в межах кожного госпітального округу реабілітаційних кластерів.

Повноцінна реалізація ідеї передбачає залучення всіх суб'єктів публічного управління. Особливо, як зазначає О.В. Марухленко, розвиток потенційного кластера потребує активного втручання влади. В одних випадках ефективний розвиток кластера може вимагати незначних зусиль, в інших ситуаціях вимагає реалізації масштабних проєктів [175].

У контексті цього вважаємо за необхідне визначити основи створення проєктів кластерів та застосування проєктного підходу в публічному управлінні.

Як ми знаємо, проєктний підхід виник в рамках так званої нової школи управління, яка була започаткована американськими дослідниками при розробці завдань управління складними військовими та промисловими програмами. Проєктний підхід оформився як самодостатній феномен у рамках сучасної ситуаційної теорії організації. Проєктний підхід відповідає на питання: «Які дії необхідні для досягнення майбутнього бажаного кінцевого комплексного стану?». Сама постановка завдань про необхідність прив'язки деякого

конструктивного образу (будови, пристрою, машини) до умов навколишнього середовища в певній конкретно визначеній точці простору з особливими (спеціальними) умовами пропонує форму проєкту. Більш того, ми погоджуємося з думкою І.В. Шпекторенко, що для складних систем, тобто для розв'язання завдань управління складними системами та складними процесами, проєктний підхід в тій чи іншій мірі треба застосовувати постійно [176].

Актуальність даного підходу до публічного управління обумовлена тим, що в сучасному світі великого значення набуває швидкість реалізації ініціатив. Щоб мати конкурентну перевагу, державі постійно необхідні інноваційні розробки в обмежені терміни [177].

У свою чергу Л. Кушнір наголошує, що «найважливішим інструментом ХХ ст., який сприяв успішній реалізації цілим рядом країн їх модернізаційних проєктів, було створення високоефективного господарського механізму управління економічним розвитком, заснованого на загальнодержавному плануванні із застосуванням проєктного підходу в публічному управлінні. Насамперед це запровадження практики реалізації національних проєктів, як покликані стимулювати створення асоціацій за участю представників держави, бізнесу, громадськості; сприяти виявленню інформації про ділових контрагентів; сприяти підвищенню кваліфікації і покращенню відбору чиновників, створювати можливості для контролю за їх діяльністю; забезпечувати прозорість планів, скорочувати базу корупції; сприяти зміцненню взаємної довіри» [178, с. 353–354].

Також К.М. Майстренко робить висновок, що проєктне управління в умовах швидкозмінного навколишнього середовища – це актуальна технологія, що забезпечує ефективне вирішення певного кола завдань в обмежені терміни з мінімальними витратами [179].

Більш того, за думкою С.А. Назаренка, протягом останніх 30 років в усьому світі управління проєктами сформувалося як нова культура управлінської діяльності і стало своєрідним культурним мостом

в цивілізованому бізнесі і діловій співпраці країн різних континентів із різною історією розвитку, традиціями, економікою і культурою [180, с. 138].

Своєю чергою, як зазначають науковці Я. В. Бережний, Я. А. Жаліло, Д. С. Покришка, «застосування проєктних підходів дозволяє забезпечити пріоритетність стратегічних інтересів суспільства перед інтересами та потребами, які диктує повсякденна політика, досягти міжсекторальної концентрації зусиль і ресурсів навколо визначених функціональних завдань. Досягнення в рамках проєктів визначеності та прогнозованості державної політики створює фундамент для злагоджених дій держави та бізнесу в напрямі реалізації суспільно значущих завдань розвитку. Таким чином, національне проєктування забезпечує довгостроковий горизонт планування й розвитку соціально-економічної системи, виходячи з необхідності подолання недовіри звичайного інструментарію державного управління, який, будучи ефективним при розв'язанні поточних завдань, втрачає дієздатність у стратегічному вимірі. Тому подальше запровадження національного проєктування в Україні необхідно розцінювати, у першу чергу, як інструмент реалізації комплексу стратегічно орієнтованих заходів, спрямованих на вирішення найактуальніших завдань системної модернізації значущої сфери суспільного життя» [181, с. 35].

Перевагою проєктного підходу саме в системі публічного управління, як зазначають Т.О. Харченко і Т.Г. Самойленко, є його інтегрованість, що передбачає узгодженість цілей (національних, секторальних, регіональних, місцевих) та побудови логічних структур проєктів (програм), що дасть змогу визначити контрольні точки реалізації проєкту та внести корективи в разі відхилення від плану реалізації [182].

Своєю чергою, І.В. Шпекторенко серед переваг управління за проєктами визначає наступні: велика гнучкість підходу при композиції структур та завдань; скорочення кількості управлінців та рівнів делегування повноважень; чіткість у визначенні форм персональної відповідальності; зміна організаційних інтересів, стимулів, мотивацій у порівнянні з усталеними традиційними стандартами [176].

Порівнюючи проєктний підхід в сфері публічного управління з традиційним, В.А. Рач і В.А. Запорожченко [183] прийшли до формування критеріїв оцінки і виняткових характеристик, за якими проєктне управління має переваги в сучасних умовах (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

**Порівняльна характеристика традиційного та проєктного підходів
у сфері публічного управління**

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

Джерело: [10]

Саме явище «проєкту» в управлінні визначається як унікальний процес, що складається із сукупності скоординованої і керованої діяльності з датами початку та закінчення, розпочатий для досягнення мети, яка відповідає конкретним вимогам, що включає обмеження термінів, вартості та ресурсів [182].

Науковці О.Б. Данченко та В.В. Лепський визначають проєкт як «комплекс взаємопов'язаних заходів, спрямований на створення унікального продукту чи послуги в умовах часових та ресурсних обмежень». Управління проєктом розглядається ними як «планування, організація і контроль трудових, фінансових і матеріально-технічних ресурсів проєкту, що спрямовані на ефективне досягнення цілей проєкту» [184, с. 48].

Більш лаконічне і узагальнююче визначення пропонує П.В. Ворона. Так, автор розглядає проєкт як зміну початкового стану будь-якої системи, пов'язану із затратою часу і засобів. А управління проєктами як процес цих змін, що

здійснюються по раніше відпрацьованими правилами в рамках бюджету і часових обмежень [185, с. 49].

Стосовно класифікації проєктів, в управлінні проєктами виділяють такі основні (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Класифікація проєктів за різними ознаками

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

Джерело: [186]

Також говорячи про проєкти у публічній сфері, Г.В. Старченко серед них визначає наступні:

- Програмні проєкти;
- Дослідницькі проєкти;
- Проєкти технічної допомоги.

Окремо автор виділяє проєкти під оголошені конкурси та проєкти, що розробляються за ініціативою проєктодавця. Серед зазначених типів – проєкти розвитку та організаційні проєкти, які спрямовані на чітке визначення (наприклад, за об'єктами: будівництво аеропорту, будівництво мосту чи автостради, проведення реформи охорони здоров'я тощо) й управління інвестиціями та зміну усталених процедур у державному секторі» [187, с. 87].

Своєю чергою, Л.П. Оленковська зазначає, що в умовах децентралізації системи публічного управління були розширені можливості місцевого

самоврядування для впровадження на територіях громад проєктів різних видів, серед яких, наприклад, парасолькові, касетні, інституційні проєкти [188].

Технологія парасолькових проєктів передбачає розроблення й поширення деякої єдиної ідеї (продукту проєкту). У сфері управління просторовим розвитком такий вид проєктів розробляється великою бізнес-компанією, що використовуючи принципи соціальної відповідальності, намагається зацікавити своїх робітників та населення громади у власній присутності, поширює свою діяльність на території попередньо узгоджуючи її з органами місцевої влади, використовує співфінансування між бізнесом і бюджетом громади. Зазначені проєкти можна розглядати в якості інвестицій в соціальний капітал, мається на увазі наявні та потенційні працівники цієї компанії, які фактично проживають в зоні її місцезнаходження, що направляються на вирішення питань соціально-економічного розвитку та усунення існуючих територіальних проблем, виділених як пріоритетні жителями та експертами з питань місцевого розвитку. Серед прикладів практичної реалізації ідеології парасолькових проєктів називають діяльність компанії ДТЕК, якою були встановлені тісні зв'язки з владно-управлінськими структурами території міст її присутності на основі підготовки стратегічних проєктів соціального партнерства [188].

Використання технології касетних проєктів в сфері публічного управління просторовим розвитком територій передбачає поширення дієвої проєктної ідеї та результатів її реалізації, що вже були фактично отримані у ході запровадження і є корисними для суспільства. Прикладами практичного використання такого різновиду проєктів є поширення кращих вітчизняних і закордонних практик місцевого самоврядування на територіях різних видів громад за ініціативи і під керівництвом місцевих органів влади.

Ініціатива щодо реалізації таких проєктів, на відміну від попередніх, має належати місцевому органу влади, що зацікавлений самостійно, або ж за допомогою Агенції регіонального розвитку чи інших структур з функцією управління реалізацією стратегій розвитку території, у запровадженні проєктного інструментарію в стратегічне управління територією.

Приклади ефективності соціально-економічних результатів касетних проєктів вказують на доцільність підтримки їх фінансування за рахунок коштів Державного фонду регіонального розвитку для реалізації програм і проєктів територіального розвитку, визначених у Державній стратегії регіонального розвитку, стратегіях розвитку регіонів, стратегіях розвитку територіальних громад та у планах заходів з їх реалізації, впровадження проєктів в процесі співробітництва територіальних громад; підтримки переможців Всеукраїнського конкурсу проєктів та програм розвитку місцевого самоврядування.

У процесі реалізації законодавчої ініціативи щодо співробітництва територіальних громад можуть використовуватися так звані інституційні проєкти. Результатом інституційного проєкту є створення спільного органу управління і комплекту документів щодо регламентів його функціонування, а також, за потреби, окремих нормативно-правових актів у відповідності до чинного законодавства країни, зокрема, в частині врегулювання договірних відносин. Інституційні проєкти можуть типовими і поширюватися за прикладом касетних [188].

В управлінні проєктами необхідно також розрізняти поняття «проєкт», «портфель проєктів», «програма», які іноді неправомірно ототожнюють (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

Основні характеристики проєкту, програми і портфелю

Критерій	Проєкт	Програма	Портфель
Ціль	Проєкт 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 проєкту	реалізуються програмою	регулюються стратегією і знаходяться під її моніторингом
Комерційна вигода	майже абсолютно виключена з проєкту	майже повністю включена в програму	майже абсолютно виключена з портфелю
Організаційні зміни	часто виключені з проєкту	зазвичай включені в програму	виключені з портфелю

Час, витрати	визначені в бізнес-плані й реалізовані в проєкті	орієнтовно окреслені в стратегії; розбиті на окремі проєкти	засновані на пріоритетах і стратегічних цілях портфеля
---------------------	--	---	--

Джерело: [188]

Якщо проєкт, як ми знаємо, це комплекс взаємопов'язаних заходів, спрямований на створення унікального продукту чи послуги в умовах часових та ресурсних обмежень [184], то програма визначається як сукупність взаємопов'язаних проєктів (які виконувались у минулому, тих, які виконуються сьогодні та запланованих), а також комплекс організаційних змін, об'єднаних загальними цілями і спрямованих на досягнення конкретної комерційної вигоди. Виконання окремого проєкту в складі програми може не давати відчутного результату (доходу), у той час як здійснення всієї програми забезпечує максимальну ефективність (прибуток) [186].

Існує два типи програм:

- Програма операційного типу, в якій концепція із самого початку є деякою мірою загальною для всіх заінтересованих сторін;
- Програма створення або програма перетворення, в якій поєднання проєктів, що формують програму, зустрічається вперше, або в організації недостатньо досвіду реалізації подібної програми, а її концепція виникла через надзвичайні обставини.

У свою чергу, портфель проєктів є множиною проєктів, програм та інших робіт, які виконуються у даний час і об'єднані разом з метою ефективного управління для досягнення стратегічних цілей організації; комплекс з одночасно виконуваними проєктами і програми, об'єднаних власником портфеля відповідно до його стратегічних завдань [186].

Таким чином, робимо висновок, що проєкт – це структурно-функціональна одиниця програми, яка в свою чергу є образом рушійної сили у вимірі досягнення стратегічних змін, що визначаються загальною стратегією і координуються портфелем проєктів.

Застосовуючи структурні знання про проєктний підхід, спробуємо інтегрувати їх з ідеєю створення реабілітаційних кластерів, який ми розглядаємо

як один з інструментів удосконалення системи реабілітації в Україні. У цьому контексті, пропонуємо розглянути стратегічний та програмно-проектний рівні управління.

Стратегічний рівень. Як відомо, система реабілітації ґрунтується на реабілітаційній стратегії охорони здоров'я [189], головною метою якої є досягнення оптимального рівня функціонування особи у взаємодії з її навколишнім середовищем, соціальної інтеграції та незалежності. Окрім того, розвиток діяльності з реабілітації визначений Національною стратегією із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року [190], а саме в контексті досягнення стратегічної цілі «Сфокусованість державної політики на підвищенні рівня здоров'я, забезпеченні фізичної активності населення». Для досягнення сформованих стратегічних цілей у відповідних документах визначені такі завдання:

- забезпечення скоординованості принципів проведення реабілітації, реабілітаційних послуг, а також доступність допоміжних засобів реабілітації та медичних виробів (виробів медичного призначення);
- регламентація правових, економічних, соціальних умов проведення реабілітації з урахуванням функціональних можливостей осіб з обмеженнями повсякденного функціонування, потреби у допоміжних засобах реабілітації та медичних виробах (виробах медичного призначення);
- впровадження міжнародних стандартів реабілітації та психологічної допомоги в реабілітації;
- створення умов для якісного матеріально-технічного, фінансового, кадрового та науково-методичного забезпечення реабілітації;
- створення рівних умов для всіх осіб, залучених до надання реабілітаційної допомоги, та постачальників допоміжних засобів реабілітації;
- формування ефективної системи управління якістю реабілітаційної допомоги [189];
- запровадження системи оцінки втрати функціональності на основі принципів Міжнародної класифікації функціонування, обмеження

життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків;

- запровадження комплексних реабілітаційних та абілітаційних послуг, спрямованих на підвищення якості життя, активності, працездатності та залучення в усі форми суспільного життя (переоцінка діючих системи та стандартів реабілітації, імплементація комплексних західних підходів у співпраці з МОЗ);

- інтеграція концепцій та механізмів безбар'єрності в державну систему охорони здоров'я та навчання медичних працівників;

- інтеграція державної політики охорони здоров'я в частині здоров'я населення, просвітництва, гуманізації та культивування здорового образу життя із державною політикою безбар'єрності (принцип «здоров'я, а не лікування»);

- запровадження державної програми заходів з управління ризиками старіння нації, зокрема в питаннях підтримки активного довголіття, нейрокогнітивних розладів, аспектів самостійного та підтримуваного проживання [190].

Програмно-проектний рівень. Відповідно до визначених стратегічних цілей системи реабілітації, процес формування в межах кожного госпітального округу реабілітаційних кластерів, на нашу думку, передбачає наявність відповідної національної програми. Так, пропонуємо ініціювати створення Програми розвитку національної мережі реабілітаційних кластерів, наприклад, на медичній платформі Українського кластерного альянсу (УКА). Зазначимо, що з 2023 року Ресурсним Центром «Медичні кластери» УКА було представлено цілий перелік проєктів, спрямованих на розвиток реабілітаційної діяльності в Україні. Серед них такі:

Проєкт створення інноваційної реабілітаційної платформи, метою якого є сприяння підвищенню обізнаності постраждалих та їхніх родин у реабілітаційних службах на території України (в майбутньому та в усьому світі) про можливості нових методів та підходів до реабілітації. А для реабілітаційних центрів – це можливість оперативно спілкуватися з постраждалими, які

потребують реабілітації, поширювати інформацію про їхні послуги, оцінювати стан постраждалих та складати індивідуальні плани реабілітації та контролювати їх виконання. Завдання проєкту наступні:

- проведення опитування лікарів реабілітаційних відділень і пацієнтів щодо інформаційних потреб для створення технічного завдання для програмістів;
- підбір програмістів для впровадження даної платформи;
- створення багатофункціональної інтернет-платформи «РЕАБІЛІТАЦІЯ», наповнення її необхідною інформацією;
- просування платформи серед реабілітологів і громадськості;
- функціонування платформи та збільшення кількості її учасників;
- розробка веб-додатків;

Серед індикаторів результативності визначено такі:

- спрощено пошук інформації про реабілітацію для постраждалих по всій Україні;
- усі реабілітаційні центри, провайдери реабілітаційних послуг знаходяться на одному веб-ресурсі, їх рівень та потужність реабілітаційних послуг перевірені та відповідають доказовій медицині;
- для проходження реабілітації реабілітолог може скласти свій план реабілітації та контролювати його виконання [191].

Проєкт створення мережі центрів підготовки реабілітологів та мультидисциплінарних реабілітаційних бригад, з визначеною головною метою підвищити якість реабілітаційних послуг в Україні шляхом підготовки мультидисциплінарних команд та моніторингу якості реабілітологів на основі європейських стандартів та міжнародного досвіду. Індикаторами результативності проєкту визначено такі:

- можливість тренувати всю мультидисциплінарну/мультипрофесійну реабілітаційну команду одночасно. Відповідно до запитуваного профілю;

- можливість надання консультаційних та навчальних послуг з реабілітації в Україні без необхідності виїзду на навчання за кордон. Швидкий обмін досвідом, консультації;
- навчання постачальників реабілітаційних послуг у партнерстві з міжнародними навчальними центрами;
- підвищення якості професійної освіти у сфері реабілітації за європейськими та міжнародними стандартами;
- підвищення якості реабілітаційних послуг за європейськими та міжнародними стандартами;
- забезпечення постійного підвищення кваліфікації реабілітологів за європейськими та міжнародними стандартами;
- атестація навчальних програм, навчальних центрів і спеціалістів;
- протягом двох років – створення трьох центрів у 3 областях України;
- обмін досвідом між центрами та підвищення ефективності освітніх та тренінгових послуг, залучення власних ресурсів для підвищення спроможності на системному рівні [192].

Проект Re 5 HUB *(що це за проект? Хто автор?)* – створення мережі центрів розширеної (вторинної) реабілітації, метою якого є створення єдиної автоматизованої мережі регіональних інноваційних реабілітаційних центрів із впровадженням світових стандартів медико-соціальної реабілітації, цифровізацією та координацією процесів надання медичної допомоги, яка в свою чергу складається з послуг, у тому числі реабілітаційних. Завдання проекту наступні:

- створення єдиного реєстру осіб, які постраждали внаслідок збройної агресії;
- створення єдиного аналітико-консультативного центру з філіями в регіонах та мобільними підрозділами медичного матеріально-технічного забезпечення та експертизи;
- розробка методів впровадження інноваційних рішень та цифровізації реабілітаційних послуг (E-health);

– впровадження механізмів лізингу та аутсорсингу в наданні розширених реабілітаційних послуг [193].

Проект створення інноваційних реабілітаційних центрів для постраждалих від війни, з визначеною головною метою сприяти забезпеченню якісної медико-соціальної реабілітації військовослужбовців та цивільного населення шляхом створення 6 регіональних інноваційних реабілітаційних центрів для постраждалих внаслідок російської збройної агресії із впровадженням світових стандартів реабілітації та медичного забезпечення для пацієнтів. Завдання проєкту наступні:

- оснащення матеріально-технічної бази 6 регіональних інноваційних реабілітаційних центрів для постраждалих внаслідок російської збройної агресії;
- організація та проведення навчальних курсів та курсів підвищення кваліфікації спеціалістів мультидисциплінарних команд в Україні та за кордоном;
- розробка комплексної контент-маркетингової стратегії просування послуг інноваційних реабілітаційних центрів для постраждалих від російської збройної агресії [194].

Проект соціально-психологічної реабілітації в регіональних інноваційних реабілітаційних центрах для постраждалих внаслідок російської збройної агресії. Масштабування та реконструкція існуючих реабілітаційних закладів [195].

У якості прикладів вже діючих національних програм, дотичних саме до реабілітації, наводимо Національну програму психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, ініційованої першою леді України Оленою Зеленською [196], та Національну програму зовнішньої реабілітації «Неопалимі» [197]. Діяльність обох програм має системну підтримку держави та бізнесу на всіх рівнях, та спрямована на досягнення оптимального рівня функціонування і покращення здоров'я українців, що зазнали порушень психологічного стану або деформаційної травми (опіків чи рубців внаслідок війни) відповідно.

Враховуючи такі переваги підходу управління за проєктами, як гнучкість та прозорість, інтегрованість та стратегічну орієнтованість, на нашу думку, його

використання матиме значний позитивний вплив в управлінні розвитком медичної реабілітації в Україні.

3.3. Удосконалення системи публічного управління у сфері медичної реабілітації з використанням інноваційно-телеметричних й імерсійних технологій на засадах публічно-приватного партнерства

Сучасний вектор розвитку економіки зумовлює особливу роль пріоритетних національних проєктів, які спрямовані на розвиток людського капіталу, інфраструктури загальнонаціонального та міжрегіонального значення, стимулювання розвитку високотехнологічних галузей, впровадження інновацій, сприяння прогресивним структурним зрушенням [198, с. 174].

Як відомо, сфера охорони здоров'я, окрім безпосереднього впливу на збереження та удосконалення людського капіталу, також концентрує в собі значні інвестиції через постійний попит суспільства у медичних послугах та високий технологічний рівень сучасної медицини. Зрозуміло, що розвинута медицина є індикатором зрілого суспільства, і також є одним з головних факторів, що визначають конкурентоспроможність та привабливість територій.

Безумовно, національні проєкти, спрямовані на розвиток охорони здоров'я, мають бути пріоритетними, і потребують використання сучасних підходів публічного управління.

Так, у попередніх розділах було визначено важливість діяльності медичної реабілітації у суспільстві та ефективність застосування кластерного і проєктного підходів в управлінні розвитком медичної реабілітації.

Нагадаємо, що головною метою реабілітаційної стратегії в Україні є досягнення оптимального рівня функціонування особи у взаємодії з її навколишнім середовищем, соціальної інтеграції та незалежності, для чого використовуються інтегровані підходи до оптимізації участі, розбудови та зміцнення ресурсів особи, забезпечення сприятливості навколишнього середовища та залучення особи до взаємодії з її навколишнім середовищем.

Акцентуємо на тому, наскільки важлива в процесі реабілітації оптимізація навколишнього середовища. Більш того, навколишнє середовище визначає рівень здоров'я особи – через екологію та комплекс соціальної організації (виховання, освіти, побуту, праці), який формує образ життя людини. Ці фактори мають навіть більший вплив на здоров'я людини, ніж спадковість та медичне обслуговування разом взяті.

Разом з тим, якщо розглядати публічне управління, як джерело впливу на організацію навколишнього середовища людини, перш за все, це відбувається шляхом соціально-економічного забезпечення базового рівня (громади на основі сіл, селищ, міст), відповідно до адміністративно-територіального устрою України.

На жаль, зараз наше суспільство перебуває у вкрай важкому стані, спричиненому, в першу чергу, війною. Більш того, у XXI столітті український народ буквально вимушений боротися за своє існування та право на гідне життя. Зрозуміло, в цих умовах для збереження та подальшого розвитку здорового суспільства, мають бути представлені найкращі організаційно-управлінські рішення. Так, у попередніх розділах були висвітлені сучасні підходи в управлінні, що визначаються ефективними при вирішенні як стратегічних, так і тактичних завдань; як загальнодержавних, так і окремих територій.

Говорячи про використання проєктного підходу:

– У стратегічному плані проєктний підхід дає можливість сконцентрувати зусилля органів державної влади на вирішення нагальних проблем перспективного розвитку суспільства на його ключових напрямках, зниження напруги в соціально-політичній сфері, за рахунок підвищення ефективності діяльності державних органів укріпити їх легітимність та стійкість до внутрішніх і зовнішніх загроз, встановити стійкий партнерський діалог з громадами та інституціями громадянського суспільства;

– У тактичному плані досягається економія бюджетних коштів, скорочення термінів виконання державних програм та національних проєктів, відбувається певна оптимізація управлінських структур держави та

покращується координація діяльності органів публічного управління, налагоджується співпраця й публічно-приватне партнерство з суб'єктами ведення господарської діяльності [199, с. 214].

Окрім того, визначено [200, 201], що із прийняттям 5 серпня 2020 р. Постанови Кабінету міністрів України № 695 «Про затвердження Державної стратегії регіонального розвитку на 2021-2027 роки» [202], етап поширення в Україні проєктного підходу буде тривати у 2021–2027 роках, оскільки саме на цей період розробляється більшість регіональних стратегій розвитку та стратегій розвитку територіальних громад, реалізація яких вимагає формування відповідних програм і реалізації проєктів.

Разом з тим, формування кластерів як територіальних об'єктів економічного зростання міст і регіонів, за думкою І.А. Чикаренко, є вкрай актуальною для України. Як зазначає авторка, у сучасних умовах застосування кластерного підходу сприяє консенсусу між владою, бізнесом та населенням, а застосування проєктного підходу для стимулювання та розвитку кластерів є специфічним інструментом формування та реалізації політики кластеризації не тільки на національному або регіональному рівні, а й на рівні місцевого самоврядування [203].

Кластери є потужним інструментом для реструктуризації економіки регіонів та країни, потенціал якого може бути реалізований при знаходженні балансу між стандартизацією виробничої діяльності та інноваціями, які порушують усталені виробничі процеси. Зарубіжний досвід доводить, що стимульовані належним чином кластери в області високотехнологічного виробництва здатні диверсифікувати економіку моно спеціалізованих регіонів та значно підвищувати її стійкість [204].

Доцільність створення кластера визначають, з одного боку, загальний вектор стратегічного розвитку територіальної громади, що буде користуватися продуктом кластерної діяльності, і яка є водночас і колективним замовником, і споживачем продукту та послуг кластера, з іншого – загальної соціально-економічної вигоди, що отримує громада від його діяльності. У першу чергу, це

поява нових (якісних) робочих місць, належний рівень оплати праці, наповнення місцевих бюджетів тощо [205].

В Європі, наприклад, економічні активності, які стосуються кластерів, покривають до 39% робочих місць й до 55% фондів заробітних плат ЄС. За даними European Cluster Excellence Scoreboard, за період 2010–2013 рр. в ряді окремих секторів і регіонів ЄС 33,3% фірм-учасниць кластерів продемонстрували зростання зайнятості понад 10%, в той час як за межами кластерів таких результатів досягло лише 18,2% фірм. Окрім того, на відміну від взаємовідносин виробничої кооперації в традиційних індустріях, які практикувались задовго до появи кластерів, кластери є значно більш інноваційними – 87% всіх патентів ЄС виробляється компаніями, що є учасниками кластерів [206].

Незважаючи на те, що підтримка кластерів має різні обґрунтування, бачення та характеристики в країнах та регіонах, вона сильно взаємопов'язана з іншими політиками та стратегіями. Середньо- та довгострокова традиція та розвиток підтримки кластерів, а також велике значення, яке надається кластерній політиці в Європі, свідчать про важливість цього інструменту політики, і визначають що вона перш за все повинна бути:

- Простою. В операційному менеджменті, звітуванні та взаємодії з урядовими організаціями;
- Передбачуваною. Стейкхолдери мають бути впевненими у стабільності умов, фінансування та управлінських принципів;
- Прозорою. Усі сторони мають однаковий доступ до тієї самої інформації;
- Забезпечувати фінансування. Довготермінове фінансування протягом 5–10 років;
- Далекостратегічною. З перспективою на 10–20 років;
- Узгодженою. З ключовими національними політиками, стратегіями та програмами;

- Розробленою за участі всіх сторін. Представниками індустрії, уряду, бізнесом, інвесторами та освітньо-наукового кола;
- Розробленою для розвитку можливостей та компетенцій. Включати програми тренінгів та навчань кластерного розвитку та управління [207].

Разом із загальними вимогами до кластерної політики, які нам пропонує європейський досвід розвитку кластерів, наше бачення щодо управління майбутніми реабілітаційними кластерами передбачає дві умови:

1) Універсальність. Реабілітаційний кластер повинен відповідати інституційним ознакам муніципального кластера. Серед яких такі:

- інтеграція різних форм і суб'єктів господарювання (органи муніципального управління, науково-дослідні, освітні, інші інституції, громадські організації, бізнес-структури тощо);
- локалізація (географічна концентрація суб'єктів здійснення діяльності);
- спеціалізація (обумовлена спільністю та спеціалізацією інтересів у результатах діяльності кластера). Відмітимо, що діяльність реабілітаційного кластера в межах кожного госпітального округу має відбуватися комплексно за всіма чотирма, визначеними нами, напрямки – медицини, освіти, науки, виробництва [9];
- співробітництво (побудоване на принципах рівноправності, паритетності, синергії, конструктивного діалогу, добровільності, взаємного інформування про виконання прийнятих на себе зобов'язань);
- активна взаємодія між учасниками, що створює стійкі конкурентні переваги кластера загалом, при цьому зміцнюючи власний конкурентний статус кожного учасника;
- інноваційність діяльності (обов'язковий набір нововведень, які забезпечують актуальність (сучасність) продукту діяльності кластера – матеріального об'єкта або послуги) [208].

2) Унікальність. Проєктування реабілітаційного кластера має передбачати особливості кожного регіону (госпітального округу), на території якого планується реалізація проєкту.

Враховуючи умови війни в Україні, які, з одного боку, призводять до обмеженості ресурсів та часу для побудови масштабних проєктів, з іншого – прискорюють темп підвищення рівня обмежень життєдіяльності серед українців, перший крок у побудові реабілітаційних кластерів ми бачимо як стабілізуючий. В нашому розумінні, це означає мінімальне використання ресурсів та максимально можливий за швидкістю результат, що передбачає кластерне системоутворення на основі вже існуючих потужностей і сформованих соціальних зв'язків у сфері медицини, освіти, науки, виробництва. У контексті цього, ми пропонуємо наступний варіант реалізації завдань під час першого стабілізуючого кроку у побудові реабілітаційних кластерів. Для наглядності, знову пропонуємо звернутися до рис. 3.6. де наведена декомпозиція проєкту реабілітаційного кластера в якості основи та орієнтира для створення інноваційних кластерів з медичної реабілітації в регіонах України.

Аналіз сучасного стану медичної реабілітації в умовах стабілізуючого кроку створення реабілітаційного кластера в регіоні має передбачати аудит інфраструктури, в рамках якого проводиться інвентаризація, оцінка стану і продуктивності. У першу чергу, це формування в межах регіону (госпітального округу) мапи діючих закладів, які спеціалізуються на наданні реабілітаційних послуг, враховуючи державні заклади охорони здоров'я та приватні реабілітаційні центри; навчальних закладів з опрацьованою програмою підготовки спеціалістів з реабілітації; науково-виробничих потужностей з виробництва допоміжних засобів, та створення нових технологій реабілітації. У другу чергу, це створення резервного переліку закладів чи об'єктів інфраструктури, які мають ресурс до якнайшвидшої переорієнтації або розширення своєї діяльності відповідно до завдань реабілітаційного кластера.

Організаційна структура кластера має в першу чергу залучати вже існуючі соціальні ланцюги та партнерські відносини. Наприклад, співробітництва між

навчальними закладами та закладами охорони здоров'я, одним з яких можна навести запровадження у 2023 році елементів дуальної освіти на кафедрі фізичної реабілітації Ужгородського національного університету на підставі меморандуму про співпрацю між навчальним закладом та Мукачівською центральною районною лікарнею [209]. Разом з тим стратегія розвитку та план дій мають в першу чергу орієнтуватися на головну проблему медичної реабілітації в Україні – нестачу фахівців з реабілітації.

Залучення фінансування та ресурсів на створення реабілітаційного кластера та розвиток окремих його елементів, має ініціюватися органами державної влади та місцевого самоврядування відповідного регіону. Пріоритетність інноваційних проєктів варто починати з інтенсифікації підготовки фахівців з реабілітації та формування мультидисциплінарних команд.

Побудову платформи внутрішньогалузевих та міжгалузевих зв'язків слід проводити на основі апробованих інформаційно-комунікаційних технологій. Більш того, в Україні для цього вже існує Електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ) та інтегровані з нею інформаційно-телекомунікаційні системи, які відповідно до Закону України № 1053-IX «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» від 3.12.2020 р. забезпечують виконання таких функцій: ведення записів, забезпечення обліку потреб осіб у реабілітації та допоміжних засобах реабілітації, взаємодії з Єдиною інформаційно-аналітичною системою управління соціальною підтримкою населення України та інформаційно-аналітичною платформою електронної верифікації та моніторингу [189].

Слід зазначити, що Електронна система охорони здоров'я – це двокомпонентна система, яка складається з центральної бази даних (ЦБД) і включає в себе реєстри, програмні модулі, інформаційну систему НСЗУ; та електронних медичних інформаційних систем (МІС), які дають змогу автоматизувати роботу суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я, створювати, переглядати, обмінюватися інформацією в електронній формі, зокрема з центральною базою даних (у разі підключення) [209].

Таким чином, інформаційно-комунікаційна платформа реабілітаційного кластера на базі ЕСОЗ може передбачати розширення функціоналу останньої з додаванням наступних можливостей:

- доступ до інформаційної мапи реабілітаційної інфраструктури за напрямами надання реабілітаційної допомоги, підготовки відповідних спеціалістів, науково-виробничих потужностей зі створення допоміжних засобів та технологій з реабілітації (включаючи унікальні для України можливості кожного госпітального округу, наприклад вузькоспеціалізовану спрямованість окремого закладу або рекреаційний потенціал території);

- облік спеціалістів з реабілітації та відповідність потребам у спеціалістах за кожним госпітальним округом. На нашу думку, це дозволить швидко покривати потребу у спеціалістах з реабілітації на окремій території, в умовах співробітництва між реабілітаційними кластерами різних госпітальних округів, використовуючи трансфер спеціалістів та мультидисциплінарних команд, медичний туризм чи можливості телемедицини;

- облік студентів – майбутніх спеціалістів з реабілітації, що дозволяє оцінити потенційний професійний ресурс, та відкриває можливість раннього рекрутингу як всередині реабілітаційного кластера, так і по всій Україні (і потенційно поза її межами, в рамках міжнародної співпраці);

- інвентаризація допоміжних засобів та технологій з реабілітації, що в рамках співробітництва між реабілітаційними кластерами (і потенційно в рамках міжнародної співпраці) дозволить швидко покривати потребу у відповідних засобах та технологіях на окремій території.

Варто додати, що інформаційно-телекомунікаційне забезпечення діяльності з медичної реабілітації в Україні, окрім вже діючого в ЕСОЗ функціоналу обліку реабілітаційних втручань на основі Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ) [210], також було запропоновано удосконалити у проєкті створення інноваційної реабілітаційної платформи на медичній платформі Українського кластерного альянсу (УКА) (Додаток Д).

Говорячи про процес моніторингу та оцінки ефективності реабілітаційних кластерів, ми пропонуємо орієнтуватися на деякі ключові критерії:

1. Аналіз потреб ринку та зацікавлених сторін:
 - зменшення числа людей із обмеженнями функціонування/життєдіяльності;
 - покращення якості медичної реабілітації та забезпечення доступу до неї для всіх потребуючих;
2. Соціальна інтеграція:
 - забезпечення інтеграції постраждалих осіб у суспільство та повернення до повноцінного життя;
 - зменшення випадків соціальної відокремленості та вироблення програм для включення учасників
3. Розвиток компетенцій та професійна реабілітація:
 - збільшення рівня навчання та професійної компетентності постраждалих осіб;
 - забезпечення можливостей для професійного розвитку та зайнятості;
4. Створення робочих місць та економічний розвиток:
 - створення нових робочих місць та підтримка малих підприємств у сфері реабілітації;
 - підвищення економічного потенціалу регіону через розвиток медичної та соціальної інфраструктури;
5. Ефективність витрат та фінансова спроможність:
 - забезпечення ефективного використання фінансових ресурсів для досягнення поставлених цілей;
 - розробка фінансових стратегій та механізмів для залучення інвестицій та фінансової підтримки;
6. Інновації та використання технологій:
 - запровадження інноваційних методів та технологій у процесі реабілітації;

- використання цифрових технологій для покращення ефективності та доступності медичних послуг;

7. Співпраця та партнерство:

- розвиток ефективних партнерств між медичними установами, бізнесом, науковими центрами та громадськістю;

- участь у міжнародних партнерствах для обміну досвідом та отримання підтримки;

Оцінка ефективності реабілітаційних кластерів повинна бути комплексною та враховувати різноманітні аспекти, які у майбутньому дозволять визначити їхній внесок у післявоєнне відновлення та розвиток соціально-економічного потенціалу України [211]. Разом з тим, формуючи ідею реабілітаційного кластера, ми одразу уявляли досконалий варіант інфраструктурної організації, який передбачає, окрім міжгалузевої взаємодії, відведення спеціальної та упорядкованої для реабілітаційного кластера території.

Якщо перший, стабілізуючий крок, ми визначаємо як процес концентрації та організації вже існуючих потужностей з метою якнайшвидшого вирішення критичних проблем, то наступним кроком ми бачимо процес створення якісно нових інфраструктурних проєктів. Розглядаючи такий варіант забезпечення реабілітаційного кластера інфраструктурними об'єктами в регіоні, нами було визначено два варіанти територіальної організації:

- природний (периферійний) – використання території регіону з найбільшими рекреаційними можливостями, що має забезпечити сильніший ефект від процесу реабілітації;

- урбаністичний (центральный) – розташування у штучно створеній або шляхом розширення існуючої рекреаційної зони в обласному центрі. Цей варіант привабливий тим, що створені рекреаційні та інноваційні біотехнологічні зони матимуть оздоровчий та культурно-розвиваючий вплив на велику кількість населення, яке все більше концентрується в обласних центрах. Більш того, за рахунок створення загальної рекреаційної зони для пацієнтів та мешканців великих міст, з одного боку, це надає можливість особам, що проходять

довготривалу реабілітацію, зберігати рівень природньої соціалізації, з іншого – має підтримувати неупереджене ставлення до таких осіб з боку суспільства, особливо якщо маються на увазі люди з істотними функціональними та/або естетичними змінами.

За нашим баченням, це має бути територіально виділений комплекс, який об'єднує в собі, окрім рекреаційної (паркової, фізкультурно-оздоровчої) зони, навчальний заклад зі студентським містечком, університетську клініку та технопарк, що охоплює весь цикл здійснення інноваційної діяльності в напрямку відновлювальної медицини та біотехнологій.

Процес реабілітації в довготривалому періоді може бути поєднаний з освітнім процесом щодо підготовки фахівців з реабілітації. По-перше, це створює ефект відволікання та зміни домінанти від власної проблеми на пізнання нового, по-друге, це підвищує обізнаність особи у питаннях функціонування та здоров'я, по-третє, така особа стає потенційним фахівцем з реабілітації.

Процес реабілітації в довготривалому періоді, в контексті ерготерапії, може бути поєднаний з науково-виробничим процесом щодо створення нових програм, технологій та допоміжних засобів реабілітації. По-перше, це створює ефект відволікання та зміни домінанти від власної проблеми на пізнання нового, по-друге, в умовах втрати особою здатності до попередньої трудової діяльності, це відкриває можливості для її подальшої соціалізації, по-третє, така особа стає потенційним спеціалістом у науково-виробничій діяльності в напрямку створення нових програм, технологій та допоміжних засобів реабілітації.

Особи, які проходять навчання на фахівців з реабілітації в умовах реабілітаційного кластера, матимуть доступ як до повного обсягу реабілітаційної практики, так і до актуальних реабілітаційних технологій. Крім того, для них вже на етапі навчання вирішується питання щодо майбутнього працевлаштування.

Спеціалісти та дослідники науково-виробничого процесу під час створення реабілітаційних технологій матимуть широкі можливості для досліджень в умовах дифузії галузевих знань, наявності відповідного поля для апробації результатів, та оперативного зворотного зв'язку.

Окрім того, проектування реабілітаційного кластера має передбачати особливості кожного регіону, на території якого планується реалізація проєкту. Тобто планується застосування концепції смарт-спеціалізації, але у вимірі реабілітаційної діяльності.

Смарт-спеціалізація (або «S3» від англ. Smart Specialisation Strategy) – це концепція і політика Європейської комісії, що спрямована на підтримку інноваційного розвитку регіонів та країн щодо розбудови їхньої спроможності у рамках реалізації економічної стратегії Європейського Союзу «Стратегія 2020: Стратегія розумного, сталого та всеосяжного зростання» [212].

Основна мета такої політики полягає у концентрації зусиль та ресурсів на підтримці обмеженої кількості видів економічної діяльності регіонів для забезпечення їхньої конкурентоздатності на світових ринках. Для підтримки таких інноваційних процесів та налагодження партнерства між різними учасниками та країнами створено Європейську платформу смарт-спеціалізації (S3 Platform) [213].

В Україні концепцію також було визнано, як інструмент регіонального розвитку. Зокрема, у Національній економічній стратегії України до 2030 року розвиток регіонів на засадах смарт-спеціалізації зазначено у завданнях стратегічного курсу розвитку промисловості (напряму 10) та регіонального розвитку (напряму 16) [214].

Не дивно, чому використання смарт-спеціалізації набуло поширення серед сучасних політик – через переваги цієї концепції, серед яких основними вважають наступні:

- є драйвером регіонального економічного зростання;
- сприяє ефективності місцевих громад, виокремлюючи регіональні конкурентні переваги;
- посилює підприємницькі можливості та розкриває інноваційний потенціал регіону;
- прискорює інноваційні трансформації шляхом координації науки, бізнесу й суспільства;

- корелює з досягненням 17 Глобальних цілей людства;
- покращує інвестиційний імідж регіону;
- покращує експортні можливості регіону [204].

У контексті нашого дослідження, смарт-спеціалізація передбачає розвиток реабілітаційного кластера, враховуючи специфіку наявної території (рекреаційних можливостей, привабливих в тому числі для медичного туризму), інфраструктури, технологічних здобутків та сформованих соціальних ланцюгів (реабілітаційна вузькоспеціалізована спрямованість окремого закладу, унікальні науково-технічні та виробничі потужності тощо).

Створення реабілітаційних кластерів в регіонах (госпітальних округах), враховуючи такі переваги кластерного та проєктного підходів, як гнучкість та прозорість, інтегрованість та стратегічну орієнтованість, має стати одним із факторів удосконалення системи медичної реабілітації в Україні.

На нашу думку, ідея створення національної мережі реабілітаційних кластерів може бути інтегрована з реабілітаційними проєктами медичної платформи Українського кластерного альянсу, на меті підвищення ефективності діяльності з реабілітації в Україні [215].

Більш того, комплекс подібних проєктів за чотирма основними напрямками розвитку реабілітаційної діяльності (медицини, освіти, науки, виробництва), за умови поєднання їх у територіальній агломерації в межах регіону (госпітального округу), в нашому розумінні, і є основою реабілітаційного кластера. Розглядаючи процес створення реабілітаційного кластера як окремий проєкт, пропонуємо наступний варіант його декомпозиції (табл. 3.6).

Таблиця 3.6

Декомпозиція проєкту реабілітаційного кластера

Стратегія проєкту реабілітаційного кластера
Спрямована на розвиток та оптимізацію сфери медичної реабілітації в регіоні (госпітальному окрузі) шляхом об'єднання різних гравців галузі в єдиний узгоджений кластерний механізм.
Мета проєкту реабілітаційного кластера

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

Джерело: розробка автора.

Так, стратегія проєкту реабілітаційного кластера визначається нами як інструмент, спрямований на розвиток та оптимізацію сфери медичної реабілітації в регіоні шляхом об'єднання різних гравців галузі в єдиний узгоджений кластерний механізм.

Метою проєкту визначено створення інноваційного та ефективного кластера медичної реабілітації в регіоні для поліпшення якості послуг, розвитку індустрії та підвищення рівня доступності медичної реабілітації для населення.

У свою чергу, етапами та відповідними їм завданнями проєкту ми бачимо наступні:

2. Аналіз потреб ринку та зацікавлених сторін:

- проведення ретельного аналізу сучасного стану медичної реабілітації в регіоні;

- визначення ключових потреб ринку та очікувань пацієнтів у сфері медичної реабілітації;

- визначення зацікавлених сторін, включаючи державні та приватні медичні заклади, навчальні заклади, наукові центри, технологічні компанії, урядові органи та пацієнтські організації.

3. Формування організаційної структури:

- створення комітету із представників різних галузей, які зацікавлені у розвитку кластера;

- визначення координатора кластера для організаційної структури.

4. Розробка стратегії розвитку та пріоритетів:

- розробка стратегії розвитку, враховуючи інновації, технологічний розвиток та соціальні аспекти регіону в контексті медичної реабілітації;

- розробка плану дій для досягнення поставлених цілей.

5. Залучення фінансування та ресурсів:

- пошук джерел фінансування, включаючи гранти, інвестиції, а також співпрацю з приватним сектором;

- визначення ресурсів, необхідних для впровадження проєктів та ініціатив.

6. Створення інноваційних проєктів:

- створення робочих груп для розробки та впровадження інноваційних проєктів в сфері медичної реабілітації;

- залучення учасників для спільної розробки та впровадження інновацій;

7. Створення інфраструктури кластера:

- формування фізичної та інформаційної інфраструктури кластера;

- створення платформи для обміну досвідом, інформацією та ресурсами між учасниками;

- створення центрів інновацій та навчання для медичного персоналу та науковців;

8. Формування партнерських відносин:

- встановлення партнерських відносин з іншими кластерами, медичними установами, дослідницькими центрами та іншими зацікавленими сторонами;

- організація заходів, які сприяють співпраці та обміну досвідом;

9. Моніторинг та оцінка:

- впровадження та тестування розроблених інноваційних проєктів;
- оцінка ефективності та внесок кластера в розвиток медичної реабілітації;
- регулярне оновлення стратегії відповідно до поточних викликів та можливостей;

10. Поширення інформації та залучення громадськості:

- розробка медіа-кампаній для популяризації досягнень та цілей кластера;
- залучення громадськості для отримання зворотного зв'язку та підтримки.

Ця визначена нами декомпозиція проєкту реабілітаційного кластера може стати основою та орієнтиром для створення інноваційних кластерів з медичної реабілітації в регіонах України, сприяючи покращенню якості та доступності медичної допомоги для населення.

Таким чином, в контексті знань про проєктний підхід в управлінні, ми бачимо проєкт реабілітаційного кластера як структурно-функціональну одиницю Програми розвитку національної мережі реабілітаційних кластерів медичної платформи Українського кластерного альянсу, у вимірі досягнення стратегічних цілей Реабілітаційної стратегії охорони здоров'я та Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року.

Зауважимо, що у сучасному світі медична реабілітація стає все більш важливою складовою системи охорони здоров'я, оскільки вона сприяє відновленню здоров'я та працездатності пацієнтів після важких захворювань, травм або хірургічних втручань. Однією з головних проблем у цій галузі є забезпечення доступності та якості реабілітаційних послуг для всіх верств населення, особливо для мешканців віддалених районів. Впровадження інноваційно-телеметричних та імерсійних технологій може значно підвищити

ефективність медичної реабілітації та зробити її доступнішою, що зумовлено наступними чинниками:

- зростання потреби в реабілітаційних послугах, адже зі збільшенням тривалості життя та зростанням числа хронічних захворювань, потреба в якісних реабілітаційних послугах постійно зростає. Сучасні методи реабілітації не завжди відповідають цим потребам, що вимагає впровадження новітніх технологій та підходів;

- розвиток технологічного прогресу, зокрема стрімкий розвиток телеметричних та імерсійних технологій відкриває нові можливості для медичної реабілітації. Телемедицина дозволяє надавати консультації та моніторинг пацієнтів на відстані, а віртуальна та доповнена реальність створюють нові підходи до проведення реабілітаційних занять;

- проблема доступності медичних послуг, оскільки віддаленість пацієнтів від медичних центрів залишається значною проблемою, особливо в сільських та малонаселених районах. Використання телеметричних технологій може значно покращити доступність реабілітаційних послуг для цих категорій населення;

- економічна ефективність інновацій, бо впровадження інноваційних технологій може зменшити витрати на медичну реабілітацію, забезпечуючи при цьому високу якість послуг. Публічно-приватне партнерство дозволяє розподілити фінансове навантаження між державою та приватним сектором, що сприяє сталому розвитку системи охорони здоров'я;

- підвищення якості медичних послуг, адже використання передових технологій дозволяє забезпечити більш точний моніторинг стану пацієнтів, індивідуалізувати підходи до лікування та підвищити мотивацію пацієнтів до проходження реабілітаційних програм. Це веде до покращення загальної ефективності реабілітаційних заходів.

- міжнародний досвід – дяк засвідчує досвід передових країн світу свідчить про успішне впровадження телемедицини та імерсійних технологій у системи медичної реабілітації. Вивчення та адаптація цього досвіду можуть стати важливим кроком для вдосконалення національної системи охорони здоров'я.

Актуальність удосконалення системи публічного управління у сфері медичної реабілітації з використанням інноваційно-телеметричних та імерсійних технологій на засадах публічно-приватного партнерства не викликає сумнівів. Це дозволить покращити доступність та якість медичних послуг, зменшити витрати та забезпечити більш ефективну реабілітацію пацієнтів. Впровадження таких технологій є важливим кроком на шляху до модернізації системи охорони здоров'я та підвищення якості життя громадян.

Зважаючи на вищевикладене вважаємо, що удосконалення системи публічного управління у сфері медичної реабілітації з використанням інноваційно-телеметричних та імерсійних технологій на засадах публічно-приватного партнерства є необхідним і перспективним напрямом, який передбачає створення державної реабілітаційної програми, яка б могла бути реалізованою у межах запропонованого реабілітаційного кластеру. Ця програма може включати такі розділи:

1. Впровадження інноваційно-телеметричних технологій:

a. Створення національної телемедичної платформи, шляхом розробки та впровадження єдиної національної телемедичної платформи, яка дозволяє надавати дистанційні консультації, моніторинг пацієнтів та обмін медичними даними. Партнерами у цьому напрямі можуть бути державні органи влади, у т.ч. органи з охорони здоров'я, приватні технологічні компанії, медичні установи. Як наслідок передбачається впровадження телемедичних консультацій для пацієнтів у віддалених регіонах з використанням мобільних додатків та веб-платформ.

b. Використання телеметричних пристроїв для моніторингу здоров'я шляхом впровадження телеметричних пристроїв (наприклад, фітнес-трекерів, смарт-годинників) для постійного моніторингу стану здоров'я пацієнтів. Тут до числа партнерів долучаються виробники медичних пристроїв, страхові компанії, медичні установи. Як приклад успішності такого підходу є використання смарт-годинників для моніторингу серцевого ритму та фізичної активності пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями в тренажерних залах.

2. Впровадження імерсійних технологій:

a. Використання віртуальної реальності (VR) в реабілітації - впровадження VR-технологій для проведення реабілітаційних занять, що дозволяють пацієнтам виконувати вправи у віртуальному середовищі. Тут партнерами є також, розробники VR-технологій, медичні центри, університети, які займаються створенням VR-програм для реабілітації пацієнтів з опорно-руховими порушеннями.

b. Використання доповненої реальності (AR) для навчання та підтримки пацієнтів для навчання пацієнтів виконанню реабілітаційних вправ та надання їм візуальної підтримки під час домашніх занять. До реалізації цього напряму долучаються розробники AR-технологій, медичні установи, освітні заклади, а прикладом є використання AR-додатків для демонстрації правильного виконання фізичних вправ пацієнтами після хірургічних втручань.

3. Стимулювання публічно-приватного партнерства

a. Створення стимулюючих програм для приватних компаній, що інвестують у розвиток інноваційних медичних технологій. На цьому етапі мають долучатися Міністерство фінансів та Міністерство охорони здоров'я, а також приватні компанії й інвестори. Тут є доречним надання податкових знижок компаніям, що розробляють та впроваджують телемедичні рішення.

b. Проведення спільних наукових досліджень, створення спільних дослідницьких проектів між державними та приватними установами для розробки нових реабілітаційних технологій. На цьому напрямі партнерами є державні наукові установи, університети, приватні дослідницькі компанії, які здійснюють фінансування спільних дослідницьких програм з розробки нових методів реабілітації з використанням VR та AR.

4. Освіта та підвищення кваліфікації:

a. Розробка освітніх програм з використання інноваційних технологій передбачає створення курсів та тренінгів для медичного персоналу щодо використання телеметричних та імерсійних технологій у реабілітації. Тут до числа партнерів можуть входити такі учасники кластеру, як медичні університети, освітні платформи, медичні асоціації. Вони займаються

організацією онлайн-курсів для лікарів та реабілітологів з використання VR у реабілітації.

б. Інформування пацієнтів про нові технології є важливою складовою такої співпраці яка здійснюється шляхом проведення інформаційних кампаній для пацієнтів про можливості використання телемедичних та імерсійних технологій у реабілітації. Важливу роль тут відіграє співпраця між громадськими організаціями, медичними закладами, засобами масової інформації, які створюють інформаційні буклети та відеоролики про користь використання телеметричних пристроїв як у медичних закладах, так і у домашніх умовах.

Таким чином, впровадження інноваційно-телеметричних та імерсійних технологій на засадах публічно-приватного партнерства може значно підвищити ефективність системи медичної реабілітації. Це потребує активної участі державних органів, приватного сектора та громадськості, що дозволить створити комплексний та інноваційний підхід до реабілітації пацієнтів.

Висновки до розділу 3

За результатами дослідження шляхи підвищення ефективності публічного управління діяльністю закладів з медичної реабілітації в Україні в частині трансформації системи публічного управління в сфері охорони здоров'я та реабілітації постраждалих на засадах кластерного та проєктного підходів, надано пропозиції з удосконалення системи публічного управління у сфері медичної реабілітації на основі впровадження методології управління проєктами на рівні стратегії розвитку реабілітаційних кластерів у межах госпітальних округів через застосування інноваційних технологій засадах публічно-приватного партнерства зроблено наступні висновки.

1. Зазначено, що інфраструктурний етап трансформації охорони здоров'я в Україні відбувається шляхом кластеризації. Проте цей процес, на нашу думку, не розкриває весь потенціал кластерного підходу. Так, було визначено особливості функціонування кластера на основі теорії кластеризації та досвіді сучасного

кластерного руху в сфері публічного управління. Відповідно до цього, нами було запропоновано в межах кожного госпітального округу створити реабілітаційний кластер, який визначено як систему споживачів, постачальників, виробників, елементів інфраструктури, освітніх та дослідницьких інститутів в межах госпітального округу, які взаємодіють у процесі діяльності щодо забезпечення якнайповнішого відновлення (або максимальної компенсації) втрачених унаслідок дії набутих чинників функцій, здібностей і здатностей індивідуума.

2. Доведено, що кластерний підхід є ефективним стратегічним напрямом для трансформації системи охорони здоров'я та реабілітації в Україні. Він сприяє покращенню якості медичних послуг, підвищенню ефективності використання ресурсів та стимулює інноваційний розвиток. Визначено, що впровадження кластерного підходу та створення реабілітаційного кластеру вимагає активної підтримки держави, співпраці з приватним сектором, громадянським суспільством та міжнародними партнерами, а також створення сприятливих умов для розвитку інноваційних проєктів. Враховуючи такі переваги підходу управління за проєктам, як гнучкість та прозорість, інтегрованість та стратегічну орієнтованість, на нашу думку, його використання матиме значний позитивний вплив в управлінні розвитком медичної реабілітації в Україні.

3. Проаналізовано сучасний стан та проблеми реалізації проєктів і програм розвитку системи медичної реабілітації на регіональному та місцевому рівнях. Показано, що основною проблемою, зокрема, під час дії режиму воєнного стану, є недостатнє фінансування та слабкість матеріально-технічного забезпечення цієї системи та її інфраструктури, що наразі є ключовим обмеженням для реалізації суспільно-важливих проєктів і програм у сфері реабілітації ветеранів та інвалідів війни, розвитку рухової активності тощо, тому пошук шляхів залучення додаткового фінансування для таких проєктів та максимальне сприяння їх реалізації є одним із найважливіших завдань регіональних органів публічного управління.

4. Обґрунтовано, що удосконалення системи публічного управління у сфері медичної реабілітації є складним та багатогранним завданням, яке

потребує застосування ефективних методологій управління проєктами починаючи з чіткого визначення цілей та завдань і застосування гнучких та каскадних моделей, дотримання алгоритму й етапізації розробки та реалізації проєкту на основі використання сучасних інструментів та технологій і завершуючи моніторингом, оцінкою й визначенням напрямів удосконалення проєкту. Акцентовано, що успішне впровадження методології управління проєктами у сфері медичної реабілітації вимагає системного підходу, ефективної комунікації та постійного вдосконалення процесів на основі аналізу та зворотного зв'язку.

5. Показано, що одним із сучасних інструментів забезпечення успішності публічного управління є взаємодія органів публічного управління регіонального рівня та органів місцевого самоврядування з бізнесом та громадськими організаціями, роль яких останнім часом підвищується, на засадах публічно-приватного партнерства. Акцентовано на тому, що налагодження системи конструктивної взаємодії між ключовими стейкхолдерами сфери медичної реабілітації на регіональному рівні має великий потенціал для розвитку реабілітації в Україні. Ключовими завданнями такої взаємодії є створення сприятливих умов розвитку медичної реабілітації шляхом реалізації відповідних проєктів та програм, формування спільних робочих груп (проєктних команд), забезпечення належного фінансування. Розроблено рекомендації щодо організації та підвищення ефективності взаємодії органів публічного управління з різними стейкхолдерами на засадах публічно-приватного партнерства.

6. Обґрунтовано, що комплексне застосування кластерного і проєктного підходів може мати значні синергетичні ефекти для удосконалення системи публічного управління у сфері медичної реабілітації, зокрема щодо: ідентифікація потреб і можливостей різних установ, організацій та підприємств, що займаються медичною реабілітацією, в одній групі; спільного планування та реалізація проєктів; ефективного використання ресурсів; стимулювання інновацій; удосконалення організаційної культури установ та підвищення доступності та ефективності реабілітаційних послуг. Зазначено основні напрями

використання інноваційно-телеметричних та імерсивних технологій на рівні технологічних та інноваційних парків задля здійснення медичної реабілітації в межах реабілітаційних кластерів та ефективного управління цим процесом.

7. Впровадження інноваційно-телеметричних та імерсійних технологій на засадах публічно-приватного партнерства може значно підвищити ефективність системи медичної реабілітації, що потребує активної участі державних органів, приватного сектора та громадськості, що дозволить створити комплексний та інноваційний підхід до реабілітації пацієнтів. Удосконалення системи публічного управління у сфері медичної реабілітації з використанням інноваційно-телеметричних та імерсійних технологій на засадах публічно-приватного партнерства є необхідним кроком для покращення якості та доступності медичних послуг. Це дозволить залучити додаткові ресурси, впровадити передові технології та підвищити ефективність реабілітаційних програм, що в результаті покращить здоров'я та якість життя пацієнтів.

Загалом, ми вважаємо, що забезпечення всебічної організаційно-інституційної, нормативно-правової, інвестиційної та іншої підтримки процесів формування реабілітаційних кластерів сприятиме створенню умов для удосконалення системи медичної реабілітації в Україні, яка в свою чергу фактично є інструментом вирішення проблем обмеження життєдіяльності, яке ВООЗ розглядає як проблему прав людини, проблему громадського здоров'я та проблему розвитку.

ВИСНОВКИ

За результатами проведеного дослідження теоретичних засад, сучасного стану та перспектив публічного управління у сфері охорони здоров'я вирішене актуальне наукове завдання, яке полягає в пошуку шляхів удосконалення системи публічного управління у сфері медичної реабілітації з урахуванням можливостей сучасних інноваційних технологій задля підвищення його ефективності й результативності на різних рівнях управління і доцільно зробити наступні висновки:

1. Узагальнено науково-теоретичні підходи до уточнення окремих термінів, що утворюють категорійно-понятійний апарат публічного управління у сфері охорони здоров'я і, зокрема медичної реабілітації та визначено дефініції: «медична реабілітація»; «публічне управління медичною реабілітацією»; «реабілітаційний кластер», «форми публічного управління сферою охорони здоров'я» та «форми публічного управління у сфері медичної реабілітації в умовах інноваційного розвитку». Також, розкрито сутність форм і змісту публічного управління через їх класифікацію за наступними ознаками: за способом здійснення влади; за структурою; за масштабом; за цільовою спрямованістю у сферах діяльності: економіки, охорони здоров'я, освіти, соціального забезпечення та захисту населення, екології, безпеки тощо; за способом застосування технологій та обґрунтовано, що інноваційно-технологічні форми публічного управління не лише допомагають покращити ефективність та доступність системи, але й сприяють розвитку більш відкритого та транспарентного уряду. Застосування означеної термінології та розуміння сутності зважаючи на ознаку буде сприяти удосконаленню однозначності розуміння проблем, що існують у сфері медичної реабілітації й шляхів їх вирішення на рівні органів публічного управління, стейкхолдерів і громадянського суспільства, а також сприятиме створенню належного реабілітаційного середовища на основі використання кластерного і проектного

підходів в умовах широкого застосування інноваційних технологій та з урахуванням кращих вітчизняних і міжнародних практик.

2. Визначено, що генеза публічного управління суспільною практикою медичної реабілітації в системі охорони здоров'я пройшла декілька ключових етапів, а саме: етап раннього становлення, етап післявоєнного розвитку, етап інституційного розвитку та професіоналізації, етап системного реформування та соціальної інтеграції, етап технологічного прориву та інноваційно-телеметричний етап. Охарактеризовано кожен із етапів, що надало змогу прослідкувати історичну логіку розвитку медичної реабілітації й зміну державних пріоритетів та інституційних підходів до управління у цій сфері. Означено особливості інноваційно-телеметричного етапу публічного управління у сфері медичної реабілітації, який характеризується впровадженням передових технологій, що дозволяють підвищити ефективність управління, доступність, якість та ефективність реабілітаційних послуг шляхом використання можливостей: телеметрії; штучного інтелекту; цифрових пристроїв і програмного забезпечення для персоналізації даних і автоматизації процесів діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів, що дозволяє здійснювати дистанційний моніторинг, консультування та контроль за станом здоров'я пацієнтів у реальному часі, а впроваджувати імерсійні технології в процес реабілітації пацієнтів та навчання медичного персоналу.

3. Означені особливості інституційного забезпечення публічного управління в частині нормативно-правової та організаційної складової та визначено проблемні питання організації реабілітації та надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я. Визначено, що забезпечення комплексного підходу до інтеграції біопсихосоціальної моделі реабілітації в систему охорони здоров'я, яка є багатоаспектною і включає законодавче регулювання, фінансування, організаційні заходи, підготовку кадрів, використання сучасних технологій, моніторинг ефективності, соціальну підтримку та міжнародне співробітництво є нагальним завданням, яке вимагає вирішення вже сьогодні. Тому запропоновано вирішити ці проблеми інноваційним шляхом через

створення у структурі вже існуючих відомств - МОЗ України, Міністерстві молоді та спорту України, Міністерстві у справах ветеранів України створити окремих підрозділів, які б сформували Єдиний е-простір до якого було би включено: електронні бази даних (ЕБД) щодо надавачів, виконавців та користувачів реабілітаційних послуг; он-лайн платформу на якій узгоджувалися та коригувалися рішення щодо організації, місця, графіків, методів та технологій проведення реабілітаційних заходів. При цьому на регіональному рівні зважаючи на тенденції децентралізації управління необхідно впроваджувати нові організаційні форми надання реабілітаційних послуг як то кластери, технопарки, техnozони, інноваційні парки тощо, які будуть приєднані до створених ЕБД та е-платформ і стануть невід'ємною частиною єдиної реабілітаційної системи.

4. В Україні є всі необхідні нормативно-правові, організаційні та інноваційно-інформаційні передумови для забезпечення ефективного публічного управління у сфері медичної реабілітації. У цілому електронна охорона здоров'я та електронна реабілітація в Україні є складною екосистемою інформаційних відносин між учасниками медичного середовища, перед якою на сьогодні постає ряд викликів. Україна має ще достатньо високий потенціал для удосконалення, зокрема, розвиток цифрових технологій у сучасній Україні охоплює майже всі галузі суспільного та економічного життя. Наявність обмежень в розвитку цифрової трансформації в певних сферах пов'язана з недостатнім рівнем цифрових компетентностей значної частини населення. Обґрунтовано, що доцільно більше уваги звернути на використання сучасних організаційно-управлінських форм, що базуються на принципах децентралізації та спеціалізації, зокрема на формуванні кластерів та використання можливостей кластеризації як для удосконалення організаційної форми надання реабілітаційних послуг, так і для суттєвого поліпшення публічно-управлінської діяльності інституцій, що дотичні до сфери медичної реабілітації.

5. Вивчення міжнародного досвіду публічного управління у сфері медичної реабілітації країн ЄС, США, Канади, Великої Британії, Ізраїлю та Німеччини показав, що ці країни використовують єдині уніфіковані стандарти та

стратегії для інтеграції цифрових технологій у медицину та реабілітацію пацієнтів, у т.ч. військових, здійснюють активне впровадження EMR та телемедицини для покращення доступу до медичних послуг та реабілітаційних послуг у віддалених регіонах, застосовують інноваційні програми та мобільні додатки для підтримки здоров'я, у т.ч в межах державних програм реабілітації, якими опікуються як Міністерство охорони здоров'я, так і Міністерство оборони (Ізраїль), а також ці програми включені і до пенсійних програм (Німеччина). При цьому всі країни велику увагу приділяють питанням захисту персональних даних пацієнтів. Запропоновано для впровадження в практику медичної реабілітації України наступне: впровадження універсальних стандартів для електронних медичних записів (досвід ЄС); розвиток телемедицини для покращення доступу до медичних послуг у віддалених регіонах (досвід США та Канади); забезпечення захисту персональних даних пацієнтів (досвід Німеччини); стимулювання інновацій у сфері е-медицини та е-реабілітації (досвід Ізраїлю). Доведено, що використання зарубіжного досвіду та співпраця з міжнародними організаціями є одним з найбільш важливих напрямів у просування цифрових технологій публічного управління у сфері медичної реабілітації.

6. Обґрунтовано, що вплив публічного управління на розвиток біопсихосоціальної моделі реабілітації є суттєвим і багатограним, адже публічне управління відіграє ключову роль у розвитку та впровадженні біопсихосоціальної моделі, забезпечуючи необхідні ресурси, законодавчу базу та організаційну підтримку, що вимагає здійснення наступних кроків: розробка чіткої законодавчої бази; забезпечення достатнього фінансування; посилення ролі в організації та координації медичних послуг; підтримка наукових досліджень та інновацій; забезпечення освіти та підвищення кваліфікації медичного персоналу; здійснення інформаційних кампаній. Загалом, біопсихосоціальна модель є результатом довгого історичного розвитку, що включає античні філософські уявлення, досягнення психології та соціології, а також сучасні наукові дослідження.. Ефективне публічне управління сприяє

створенню необхідної законодавчої бази, забезпеченню фінансування, організації медичних послуг, підтримці наукових досліджень та інновацій, освіті та підвищенню кваліфікації медичного персоналу, а також проведенню інформаційних кампаній. Такий підхід дозволяє забезпечити високу якість реабілітаційних послуг та покращити життєдіяльність пацієнтів.

7. Доведено, що кластерний підхід є ефективним стратегічним напрямом для трансформації системи охорони здоров'я та реабілітації в Україні, бо сприяє покращенню якості медичних послуг, підвищенню ефективності використання ресурсів та стимулює інноваційний розвиток. Визначено, що впровадження кластерного підходу та створення реабілітаційного кластеру вимагає активної підтримки держави, співпраці з приватним сектором, громадянським суспільством та міжнародними партнерами, а також створення сприятливих умов для розвитку інноваційних проєктів. Проаналізовано сучасний стан та проблеми реалізації проєктів і програм розвитку системи медичної реабілітації на регіональному рівні. Показано, що основною проблемою, зокрема, під час дії режиму воєнного стану, є недостатнє фінансування та слабкість матеріально-технічного забезпечення цієї системи та її інфраструктури, що наразі є ключовим обмеженням для реалізації суспільно-важливих проєктів і програм у сфері реабілітації ветеранів та інвалідів війни, розвитку рухової активності тощо, тому пошук шляхів залучення додаткового фінансування для таких проєктів та максимальне сприяння їх реалізації є одним із найважливіших завдань регіональних органів публічного управління. Обґрунтовано, що удосконалення системи публічного управління у сфері медичної реабілітації потребує застосування ефективних методологій управління проєктами. Акцентовано, що успішне впровадження методології управління проєктами у сфері медичної реабілітації вимагає системного підходу, ефективної комунікації та постійного вдосконалення процесів на основі аналізу та зворотного зв'язку.

8. Показано, що одним із сучасних інструментів забезпечення успішності публічного управління є взаємодія органів публічного управління регіонального рівня та органів місцевого самоврядування з бізнесом та громадськими

організаціями, роль яких останнім часом підвищується, на засадах публічно-приватного партнерства. Акцентовано на тому, що налагодження системи конструктивної взаємодії між ключовими стейкхолдерами сфери медичної реабілітації на регіональному рівні в межах госпітального госпіталю має великий потенціал для розвитку реабілітації в Україні. Комплексне застосування кластерного і проектного підходів може мати значні синергетичні ефекти для удосконалення системи публічного управління у сфері медичної реабілітації, зокрема щодо: ідентифікація потреб і можливостей різних установ, організацій та підприємств, що займаються медичною реабілітацією, в одній групі; спільного планування та реалізація проектів; ефективного використання ресурсів; стимулювання інновацій; удосконалення організаційної культури установ та підвищення доступності та ефективності реабілітаційних послуг. Впровадження інноваційно-телеметричних та імерсійних технологій на засадах публічно-приватного партнерства може значно підвищити ефективність системи медичної реабілітації, що потребує активної участі державних органів, приватного сектора та громадськості, що дозволить створити комплексний та інноваційний підхід до реабілітації пацієнтів. Удосконалення системи публічного управління у сфері медичної реабілітації з використанням інноваційно-телеметричних та імерсійних технологій на засадах публічно-приватного партнерства є необхідним кроком для покращення якості та доступності медичних послуг. Це дозволить залучити додаткові ресурси, впровадити передові технології та підвищити ефективність реабілітаційних програм, що в результаті покращить здоров'я та якість життя пацієнтів.

Загалом, ми вважаємо, що забезпечення всебічної організаційно-інституційної, нормативно-правової, інвестиційної та іншої підтримки процесів формування реабілітаційних кластерів сприятиме створенню умов для удосконалення системи медичної реабілітації в Україні, яка в свою чергу фактично є інструментом вирішення проблем обмеження життєдіяльності, яке ВООЗ розглядає як проблему прав людини, проблему громадського здоров'я та проблему розвитку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. 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>
2. 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
3. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Population Prospects: The 2015 Revision, Volume II: Demographic Profiles (ST/ESA/SER.A/380). URL: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un_2015_world_population_prospects-2015_revision_volume-ii-demographic-profiles.pdf
4. Ottawa Charter for Health Promotion. World Health Organization. Regional Office for Europe.. 1986. 5 p. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349652>
5. 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 Indonesia 1997. 13 p. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63698>
6. 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>
7. Дворник, М. Промоція здорового способу життя особистості в умовах війни: концептуальні засади дослідження. *Проблеми політичної психології*. 2023. №13(27), С. 57-64. URL: <https://doi.org/10.33120/popp-Vol13-Year2023-127>.

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

9. Everybody's business -- strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. World Health Organization. 2007. 56 p. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/everybody-s-business----strengthening-health-systems-to-improve-health-outcomes>

10. The world health report 2000 : health systems : improving performance. World Health Organization. 2000. 215 p. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/924156198X>

11. Duckett S. Policy challenges for the Australian health care system. *Australian health review: a publication of the Australian Hospital Association*. 1999. №22(2), P. 130–147. URL: <https://doi.org/10.1071/ah990130>

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

13. Берн І., Коен Дж., Езер Т., Оверал Дж., Сенюта І. Права людини у сфері охорони здоров'я: практичний посібник / за наук. ред. І. Сенюти. Львів: Вид-во ЛОБФ «Медицина і право», 2012. 552 с.

14. Chung Mimi. Health Care Reform: Learning From Other Major Health Care Systems. *Princeton Public Health Review*. 2 December 2017. URL: <https://pphr.princeton.edu/2017/12/02/unhealthy-health-care-a-cursory-overview-of-major-health-care-systems/>

15. Trigg Nick. The history of the NHS in charts. *BBC*. 24 June 2018. URL: <https://www.bbc.com/news/health-44560590>

16. 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>.

17. 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>

18. Про місцеві державні адміністрації: Закон України від 09.04.1999 № 586-XIV URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/586-14#Text>

19. Про місцеве самоврядування в Україні: Закон України від 21.05.1997 № 280/97-ВР URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80#Text>

20. Ястремська О. М., Мажник Л. О. Публічне адміністрування: навчальний посібник. Х. : ХНЕУ ім. С. Кузнеця, 2015. 132 с.

21. Публічне управління: термінологічний словник / уклад. В.С. Куйбіда, М.М. Білинська, О.М. Петроє та ін. Київ: НАДУ, 2018. 224 с

22. 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)

23. Методологія публічного управління : навчальний посібник / уклад. І. В. Шпекторенко. Дніпро : ДРІДУ НАДУ, 2018. 113 с.

24. Енциклопедичний словник з державного управління / уклад. : Ю.П. Сурмін, В.Д. Бакуменко, А.М. Михненко та ін.; за ред. Ю.В. Ковбасюка, В.П. Трощинського, Ю.П. Сурміна. Київ : НАДУ, 2010. 820 с.

25. Модернізація публічного управління в умовах глобальних змін світового простору: колективна монографія. Львів-Торунь: Ліга-Прес, 2021. 258 с.

26. Енциклопедія державного управління. У 8 т., .Т. 8 : Публічне управління / наук.-ред. кол. : В. С. Загорський [та ін.] Львів : ЛРІДУ, НАДУ, 2011. 712 с.

27. Державне управління в Україні: навчальний посібник / за заг. ред. В. Б.Авер'янова. К. : Вид-во ТОВ «СОМІ», 1999. 265 с.
28. Середа В. В., Назар Ю. С., Костовська К. М Адміністративне право України (у схемах та коментарях): навчальний посібник. Львів: ЛьвДУВС, 2016. 300 с.
29. Пилипишин В. П. Щодо сутності мети та завдань державного управління в Україні. *Форум права*. 2010. № 2. С. 377–381. URL: <http://www.nbuu.gov.ua/ejournals/FP/2010-2/10pvpvuv.pdf>
30. Філіпова Н.В. Зміна співвідношення понять «державне управління», «публічне адміністрування», «публічне управління» в системі суспільно-політичної трансформації. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2015. № 6. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=865>
31. Keeling D. *Management in Government* / D. Keeling (1972), London: Allen&Unwin.
32. Pfifner J.M., Presthus R. *Public Administration*. New York: The Ronald Press Co., 1960. P. 3.
33. Колесникова К. Співвідношення державного управління та публічного адміністрування у процесі суспільної трансформації. *Публічне управління*. URL: <http://www.kbuapa.kharkov.ua/e-book/putp/2013-3/doc/1/06.pdf>
34. Мартиненко В.М. Демократичне врядування: проблеми теорії та практики / В.М. Мартиненко // Публічне управління: теорія та практика: Зб.наук.праць Х.: Вид-во "ДокНаукаДержУпр", 2010. № 1. С. 16-22
35. Оболенський О. Ю., Борисевич С.О., Коник С.М. Опорний конспект лекцій з навчальної дисципліни Публічне управління: наукова розробка. К.: НАДУ, 2011. 56 с.

36. Міненко М.А. Трансформація системи державного управління в сучасні моделі регулювання суспільства. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=581>

37. 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#n366>

38. 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

39. Форма. Матеріал з Вікіпедії – вільної енциклопедії. URL: <https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A4%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%B0>.

40. Куйбіда В.С., Шпекторенко І.В. Методологія публічного управління як система: теоретичні та практичні аспекти. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2022. Вип. 29. С. 7-12. DOI <https://doi.org/10.32843/pma2663-5240-2022.29.1>. URL: <https://pag-journal.iei.od.ua/archives/2022/29-2022/1.pdf>

41. Публічне управління та адміністрування в умовах інформаційного суспільства: вітчизняний і зарубіжний досвід : монографія / за заг. ред. С. Чернова, В. Воронкової, В. Банаха, О. Сосніна, П. Жукаускаса, Й. Ввайнхардт, Р. Андрюкайтене. Запоріжжя : ЗДІА, 2017. 608 с.

42. Нагаєв В.М. Публічне адміністрування: навч. посіб. Харків: ХНАУ, 2018. 278 с.

43. Сучасні підходи і напрями розвитку публічного управління та адміністрування: підручник / А. О. Науменко, О. В. Смігунова, О. В. Дудник, С. І. Міненко; за ред. д-ра наук з держ. управління, проф. В. Д. Бакуменка; ДБТУ. Харків: Майдан, 2022. 280 с.

44. Шпекторенко І.В. Цифровізація публічного управління та питання суб'єктності діяльності в методології публічного управління: теоретичні та практичні аспекти Public policy, governance and communications in the EU member states and candidate countries. 2023. С. 43-55. URL: <https://ekmair.ukma.edu.ua/server/api/core/bitstreams/15a9b7c7-47f6-4fef-89be-8effc87575d4/content>

45. 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>.

46. 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.

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

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

49. 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.

50. 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>.

51. 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>

52. 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>

53. 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>

54. 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>

55. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). WHO. World Health Assembly on 22 May 2001 (resolution WHA 54.21). URL: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>

56. Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol: United Nations 2006. 37 p. URL: <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>

57. 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>

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

59. United Nations Summit on Sustainable Development 2015: Informal summary 70th Session of the General Assembly 25-27 September 2015? United Nations Headquarters. New York. 12 p. URL: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/8521Informal%20Summary%20-%20UN%20Summit%20on%20Sustainable%20Development%202015.pdf>

60. Rehabilitation 2030 Initiative. WHO. 2017. URL: <https://www.who.int/initiatives/rehabilitation-2030>

61. Неугодніков А. О. Публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я. Реформи в Україні 2019 URL: http://yurvisnyk.in.ua/v3_2019/12.pdf

62. Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні: Закон України від 21.03.1991 р. № 875-ХІІ.

63. Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії: Закон України від 05.10.2000 р. № 2017-ІІІ.

64. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні: Закон України від 06.10.2005 р. № 2961-ІV.

65. Про затвердження державної типової програми реабілітації інвалідів: Постанова Кабінету Міністрів України від 8.12.2006 р. № 1686.

66. Про затвердження Порядку надання окремим категоріям осіб послуг із комплексної реабілітації (абілітації): Постанова Кабінету Міністрів України від 31.01.2007 р. № 80.

67. Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації особи з інвалідністю: Постанова Кабінету Міністрів України від 23.05.2007 р. № 757.

68. Питання медико-соціальної експертизи: Постанова Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 р. № 1317.

69. Про затвердження Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані технічні засоби реабілітації, переліків таких засобів: Постанова Кабінету Міністрів України від 05.04.2012 р. № 321.

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

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

72. Деякі питання протезування та ортезування виробами підвищеної функціональності за новітніми технологіями та технологіями виготовлення, які відсутні в Україні: Постанова Кабінету Міністрів України від 01.10.2014 № 518

73. Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників антитерористичної операції: Указ Президента України від 18.03.2015 № 150/2015

74. Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції: Розпорядження Кабінету Міністрів України; План, Заходи від 31.03.2015 № 359-р

75. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей: Закон України від 20.12.1991 № 2011-ХІІ (Редакція від 28.11.2015)

76. 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.

77. Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 "Охорона здоров'я": Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13.12.2018 р. № 2331.

78. Про внесення змін 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» від 28.10.2002 р.: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25.03.2019. № 668.

79. Український журнал Фізичної та реабілітаційної медицини. Біла книга з Фізичної та реабілітаційної медицини в Європі. 2018.

80. Situation assessment of rehabilitation in Ukraine. WHO, 2021. URL: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289056304> (дата звернення: 11.08.2023)

81. 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

82. 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>

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

84. Богданов С.Г. Державний механізм організації системи медичної реабілітації в Україні. Публічне управління і адміністрування в Україні. 2020. URL: <http://www.pag-journal.iei.od.ua/archives/2020/16-2020/9.pdf>

85. 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

86. 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>

87. 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>

88. 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>

89. 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>

90. 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>

91. Про затвердження зміни № 11 до національного класифікатора ДК 003:2010: Наказ Міністерства економіки України від 29.12.2022 р. № 5573 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v5573930-22#Text>

92. Technical support mission to Ukraine on disability, rehabilitation and assistive technology. WHO. 2023. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/366376>

93. Структура. Підрозділи. Веб-сайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/strukturam>

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

95. 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>

96. Концепція розвитку електронної охорони здоров'я, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 28.12.2020 № 1671. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1671-2020-%D1%80#Text>

97. 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>

98. 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>

99. Нормативно-правове регулювання ЕСОЗ / Веб-сайт МОЗ України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/news/normativno-pravove-regulyuvannya-esoz>

100. 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>

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

102. 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->

103. Організаційно-управлінське та технічно-ресурсне забезпечення розвитку ЕСОЗ / Веб-сайт МОЗ України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/organizacijno-upravlinske-ta-tehnicno-resursne-zabezpechennya-rozvitku-esoz>

104. Аналіз поточної політики розвитку електронної системи охорони здоров'я в Україні. Агенція місцевого економічного розвитку Яворівщини / за підтримки Європейського Союзу. 2022. 99 с. URL: https://amer.org.ua/wp-content/uploads/2023/01/Research_e-Health_UKR_FINAL_2022.pdf

105. FDA. Digital health. URL: <https://www.fda.gov/medicaldevices/digitalhealth/>

106. Гороховатський В., Творошенко І., Сидоренко Д. (2021) Класифікація зображень із використанням кластерного подання, Міжн. наук. симпозіум

Інтелектуальні рішення-С. Обчислювальний інтелект. Теорія прийняття рішень: праці міжн. наук. симп. (Вересень 29, 2021). Київ – Ужгород, С. 44-45.

107. Гороховатський В.О., Творошенко І.С. (2022) Аналіз багатовимірних даних за описом у формі множини компонент: монографія. Харків: ХНУРЕ, 124 с.

108. Захаров Є. Особливості методів онлайн достовірної кластеризації даних // Innovative scientific research: theory and practice: The 10th International scientific and practical conference (November 21-24, 2023) Stockholm, Sweden. International Science Group. 2023. Pp. 480-485.

109. Peter Groves, Basel Kayyali, David Knott, Steve Van Kuiken. The Big Data Revolution in Healthcare: Accelerating value and innovation. McKinsey Center for US Health System Reform. 2013. 22 p. URL: https://www.mckinsey.com/~/media/mckinsey/industries/healthcare%20systems%20and%20services/our%20insights/the%20big%20data%20revolution%20in%20us%20health%20care/the_big_data_revolution_in_healthcare.pdf

110. David J. Slotwiner, Khaldoun G. Tarakji, Sana M. Al-Khatib, Rod S. Passman, Leslie A. Saxon, Nicholas S. Peters, Debbe 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)

111. 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-cifrovoi-ohoroni-zdorov%e2%80%99ja>

112. 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)

113. 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>

114. 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>.

115. 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>

116. Всесвітня асамблея охорони здоров'я: Резолюція WHA58.28 (2005) про електронну охорону здоров'я: resolutions and decisions. P.121-123. URL: Microsoft Word - A58_R1_R&D-en.doc (who.int)

117. Європейська комісія: Рамка цифрових компетентностей для громадян Європейського Союзу, (DigComp). 2010. URL: https://joint-research-centre.ec.europa.eu/digcomp_en

118. Всесвітня асамблея охорони здоров'я: Резолюція WHA66.24 (2013) про стандартизацію та сумісність електронної охорони здоров'я. 2013. 3 с. URL: EB Document Format (who.int).

119. 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

120. Європейська комісія: Стратегія Єдиного Цифрового Ринку для Європи. 2015. 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)

121. Всесвітня асамблея охорони здоров'я: Глобальне опитування щодо електронної охорони здоров'я. 2015. URL: <https://www.who.int/observatories/global-observatory-for-ehealth/survey>

122. Європейський парламент та Рада Євросоюзу: Загальний Регламент Захисту Даних (GDPR), 2016. 99 с. URL: <https://gdpr-info.eu/>

123. 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>.

124. Агентство Європейського Союзу з кібербезпеки (ENISA): Закон ЄС про кібербезпеку: ENISA, від 7 червня 2019 р. URL: <https://www.skillsforhealth.org.uk/article/the-impact-of-gdpr-on-the-healthcare-sector//>

125. Європейська комісія: Зв'язок заради здорового майбутнього – брошура. 2019. 64 с. URL: <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/library/connected-healthy-future-brochure>

126. 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

127. 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

128. Європейська комісія: Європейський простір даних про здоров'я (EHDS) 2020. URL: <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory-overview/medical-devices>

129. Європейське агентство з лікарських засобів: Регламент медичних пристроїв (MDR), 2020. URL: <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory-overview/medical-devices>

130. ВООЗ: Трансформація системи охорони здоров'я в епоху цифрових технологій під час пандемії COVID-19. 2021. 9 с. URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_32-en.pdf

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

132. Regional Committee for Europe, 72nd session. . Seventy-second Regional Committee for Europe: Tel Aviv, 12–14 September 2022: draft resolution sponsored by Israel: Leveraging digital transformation for better health in Europe: Regional digital health action plan for the WHO European Region 2023–2030. World Health Organization. Regional Office for Europe. 2022. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/361686>

133. 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>

134. 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>

135. ВООЗ: Звіт про 11-й перегляд Міжнародної класифікації хвороб. 2019. URL: <https://icd.who.int/en>

136. ВООЗ: Цілі сталого розвитку (SDG), до 2030. 2023. URL: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/sustainable-development-goals>.

137. 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-dokumenti-vooz-z-cifrovizaciyi-ohoroni-zdorov-ya-v-yevropejskomu-regioni>

138. Budniuk Olexandr, Viacheslav Pereviznyk, Hanna Mazurenko, Serhii Shcherbakov, Liudmyla Antonova. Digitalization as a Means of Anti-Corruption Policy in the Sphere of Health Care in Ukraine. IJCSNS. International Journal of Computer Science and Network Security. 2022. Vol. 22 No. 7 P. 320-326. URL: http://paper.ijcsns.org/07_book/202207/20220739.pdf

139. Molokanova, V.M., Borodin, Ye.I. & Tarasenko, T.M.. Implementation of innovation management achievements in regional public governance practice. *International Journal of Management (IJM)*. 2020. 11(9). 623-636. URL: https://iaeme.com/MasterAdmin/Journal_uploads/IJM/VOLUME_11_ISSUE_9/IJM_11_09_058.pdf.

140. Liudmyla Ivashova, Stanislav Larin, Nataliia Shevchenko, Liudmyla Antonova, Serhii Yurchenko, Myroslav Kryshtanovych 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.

141. Engel G. L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 1977. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/847460/>

142. Deacon B.J. The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clin Psychol Rev.* 2013. № 33 (7). 846-861 c. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.007> URL:

143. Gatchel R. J, Oordt M. S. Clinical health psychology and primary care: Practical advice and clinical guidance for successful collaboration. *American Psychological Association*, 2003. P. 3-19 <https://doi.org/10.1037/10592-000>. URL: <https://psycnet.apa.org/record/2003-02043-001>

144. Truglio J, Graziano M, Vedanthan R, Hahn S, Rios C, Hendel-Paterson B, *et al.* Global Health and Primary care; Increasing Burden of Chronic Diseases and Need for Integrated Training. *Mt Sinai J Med* 2012. № 79 (4). P. 464-474 URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4362673/6>.

145. 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/>

146. Фізична, реабілітаційна та спортивна медицина : підручник для студентів і лікарів / за заг. ред. В.М. Сокрута. Краматорськ: Каштан, 2019. 480 с.
147. Магльований А., Мухін В., Магльована Г. Основи фізичної реабілітації. Львів. 2006. 150 с.
148. Голяченко Олександр, Ганіткевич Ярослав. Історія медицини : підруч. Тернопіль: Лілея, 2004. 248 с.
149. Примачок Л. Л. Історія медицини та реабілітації: навч. посіб. Ніжин: НДУ ім. М. Гоголя, 2014. 104 с.
150. Ward. A.B. Physical and rehabilitation medicine in Europe. J. Rehabil. Med. 2006; 38:81-6
151. Ward. A.B. Physical and rehabilitation medicine in Europe. J. Rehabil. Med. 2006; 38:81-6
152. Bardot A., Tonazzi A. European physical and rehabilitation medicine organisms – origins and developments. Eura Medicophys. 2007;43:185-94
153. WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) 2001. URL: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>
154. Wade D.T , Halligan P.W. The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. Clinical Rehabilitation. 2017. 31(8) P. 995-1004. doi:10.1177/0269215517709890
155. Constitution of the World Health Organization. WHO, 1948. URL: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>
156. WHO. Rehabilitation: key for health in the 21st century 2017.
157. Krug E., Cieza A. Strengthening health systems to provide rehabilitation services. Eur J Phys Rehabil Med. 2017 Apr; 53(2). P.153-154.
158. World Report on Disability. Geneva: WHO, World Bank, 2011
159. European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 1. Definitions and concepts of PRM. Eur J Phys Rehabil Med 2018. V. 54. P. 156-65.

160. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 28.01.2023 р. № 174. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#Text>

161. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text>

162. 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>

163. Про порядок вирішення питань адміністративно-територіального устрою України: Проєкт Закону України від 28.01.2021 р. № 4664. URL: https://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=70936

164. 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>

165. Шаров Ю.П., Чикаренко І.А., Маматова Т.В. [та ін.] Управління змінами в публічному адмініструванні: навч. посіб. / за наук. ред. Ю.П. Шарова. Д.: ДРІДУ НАДУ, 2012. 148 с.

166. 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>

167. Чикаренко І. А. Формування системи управління інноваційним розвитком територіальних громад : монографія. Д. : ДРІДУ НАДУ, 2014. 338 с.

168. Соколенко С. І. Інноваційні кластери – механізм підвищення конкурентоспроможності регіону // Формування та розвиток регіональних кластерів як один із інструментів підвищення конкурентоспроможності регіону : матер. круглого столу, м. Полтава, 11 липня 2008 р. URL:

<https://ucluster.org/blog/2008/07/innovacijny-klastery-mexanyzm-pidvyshhennya-konkurentospromozhnosti-regionu/>

169. Чикаренко І. А. Кластерний підхід в управлінні економічним розвитком муніципального утворення. Державне управління та місцеве самоврядування. Д.: ДРІДУ НАДУ, 2010. Вип. 4 (7). С. 241-255.

170. 13. Іванов Ю. Б., Аненкова О. В. Поняття, класифікації кластерів в Україні. Міжнародний досвід // Науково-дослідний центр індустріальних проблем розвитку НАН України. URL: <http://www.nbuv.gov.ua/portal/natural/Vnulp/...14.pdf>

171. Історія Українського кластерного Альянсу, перші здобутки. 2020. URL: <https://www.clusters.org.ua/no-categories/history/>

172. Соколовський С. С. Кластерний підхід як інструмент розвитку медичної реабілітації в Україні: державно-управлінський аспект. Публічне адміністрування та національна безпека. 2023. №8. DOI: <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2023-8-9176>

173. 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>

174. 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>

175. Марухленко О.В. Кластери – інструмент регіонального розвитку. Право державний контроль: збірник наукових праць. 2017. Вип. 2, № 4 (29). С.157-163. URL: http://www.pdu-journal.kpu.zp.ua/archive/4_2017/tom_2/27.pdf

176. Шпекторенко І. В. Методологія публічного управління : навчальний посібник. Дніпро : ДРІДУ НАДУ, 2018. 113 с.

177. Макух Я.Д. Термінологічні рівні поняття "проект". Глобалізація та управління проектами у XXI столітті: матеріали наук. практ. конф., Львів, 9 - 10

жовт. 2003 р. Львів. регіон. ін-т держ. упр. Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України. Л.: ЛРІДУ НАДУ, 2003.С. 35 - 37.

178. Кушнір Л. Національні проєкти України: проблеми їх інституціонального та ресурсного забезпечення. *Наукові праці Кіровоградського національного технічного університету. Економічні науки*. 2012. Вип. 21. С. 347–354.

179. Майстренко К. М. (2021). Управління проєктами та програмами у сфері публічного управління. Державне управління. Інвестиції: практика та досвід № 16/2021. С. 93-96. DOI: 10.32702/2306-6814.2021.16.93

180. Назаренко С.А. Теоретичні засади управління проєктами регіонального розвитку. Вісник Черкаського університету. Серія : Економічні науки. 2017. Вип. 1. С. 137–144.

181. Бережний Я.В., Жаліло Я.А., Покришка Д.С. Політика реалізації національних проєктів: перспективи розвитку в Україні. *Економіка України*. 2013. № 10. С. 32–34.

182. Харченко Т., Самойленко Т. (2019). Впровадження інструментів проєктного підходу в систему публічного управління. *Bulletin of Sumy National Agrarian University*, (1(79), 21-25. DOI: <https://doi.org/10.32845/bsnau.2019.1.4>

183. Рач В.А., Запорожченко В.А. Роль і місце управління проєктами в розвитку соціально економічних систем. Глобалізація та управління проєктами у ХХІ столітті: матеріали наук. практ. конф., Львів, 9 - 10 жовт. 2003 р. Львів. регіон. ін-т держ. упр. Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України. Л.: ЛРІДУ НАДУ, 2003. С. 57-59.

184. Данченко О. Б. Сучасні моделі та методи управління проєктами, портфелями проєктів та програмами / О. Б. Данченко, В. В. Лепський // Управління розвитком складних систем. - 2017. - Вип. 29. - С. 46-54. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Urss_2017_29_9.

185. Ворона П.В. Методологічні особливості управління інноваційними проєктами у змісті підготовки менеджера з управління інноваційною діяльністю. Витоки педагогічної майстерності. Серія : Педагогічні науки. 2017. Вип. 20. С. 48–53.

186. Довгань Л.Є., Мохонько Г.А., Малик І.П. Управління проєктами: навчальний посібник. К.: КПП ім. Ігоря Сікорського, 2017. 420 с.

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

188. Оленковська Л.П. Організаційно-управлінське забезпечення інтеграційних процесів у місцевому самоврядуванні : автореф. дис. ... канд. наук держ. упр. : спец. 25.00.04 «Місьцеве самоврядування». ДРІДУ НАДУ, 2013. 20 с.

189. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України від 3.12.2020 р. № 1053-ІХ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>

190. 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>

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

192. 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/>

193. 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/>

194. 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/>

195. 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/>

196. Офіс першої леді, МОЗ та партнери запускають Національну програму психічного здоров'я та психосоціальної підтримки. Урядовий портал. 20 червня 2022 року. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/ofis-pershoyi-ledi-moz-ta-partneri-zapuskayut-nacionalnu-programu-psihichnogo-zdorovya-ta-psihosocialnoyi-pidtrimki>

197. Неопалимі. Національна програма зовнішньої реабілітації. URL: <https://www.neopalymi.in.ua/>

198. Бачевська І.П. Національні проєкти зарубіжних країн: інвестиційний аспект. Ефективність державного управління. 2013. Вип. 36. С. 174–181.

199. 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)

200. Удод Є.Г. Формування регіональної системи підтримки проєктів місцевого розвитку : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр.: 25.00.04. Дніпро, 2020. 20 с.

201. Управління знаннями: електронне навчання управління проєктами в Спільноті практик: Сталий розвиток : практ. посіб. / авт. кол. ; за заг. ред. І. Катерняка, Т. Маматової. Київ: DESPRO, 2021. 193 с. URL: <https://despro.org.ua/news/detail.php?ID=2302>

202. Про затвердження Державної стратегії регіонального розвитку на 2021-2027 роки: Постанова Кабінету міністрів України від 5 серп. 2020 р. № 695. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/695-2020-%D0%BF#Text>

203. 6. Чикаренко І. А. Формування системи управління інноваційним розвитком територіальних громад : монографія. Д. : ДРІДУ НАДУ, 2014. 338 с.

204. Національна програма кластерного розвитку до 2027 (2020) Український кластерний альянс. URL: <https://www.clusters.org.ua/blog-single/proyekt-nacziionalnoyi-programy-klasternogo-rozvytku-do-2027/>

205. Report: Cluster programmes in Europe and beyond (2019) European cluster collaboration platform. URL: <https://clustercollaboration.eu/news/report-cluster-programmes-europe-and-beyond>

206. Соколовський С. С. Кластерний підхід як інструмент розвитку медичної реабілітації в Україні: державно-управлінський аспект. Публічне адміністрування та національна безпека. 2023. №8. DOI: <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2023-8-9176>

207. 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.

208. Спеціальність «терапія та реабілітація»: можливості й перспективи. *Ужгородський національний університет*. 2023 URL: <https://www.uzhnu.edu.ua/uk/news/spetsialnist-terapiya-ta-reabilitatsiya-mozhливosti-j-perspektivi.htm>

209. Електронна система охорони здоров'я в Україні. Цифрова трансформація системи охорони здоров'я. URL: <https://ehealth.gov.ua/>

210. 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/>

211. 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>

212. European Commission. Europe 2020. A European strategy for smart, sustainable and inclusive grow. 2010. URL: <https://ec.europa.eu/eu2020/pdf/>

COMPLET%20EN%20BARROSO%20%20%20007%20-%20Europe%202020%20-%20EN%20version.pdf

213. Smart Specialisation: Platform. Strategies for research and innovation-driven growth. 2022. URL: <https://s3platform.jrc.ec.europa.eu/>

214. Про затвердження Національної економічної стратегії на період до 2030 року: Постанова Кабінету Міністрів України; Стратегія від 03.03.2021 № 179. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/179-2021-%D0%BF#Text>.

215. Соколовський С. С. (2023). 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>

ДОДАТКИ

Додаток А

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Статті у наукових фахових виданнях України

1. Соколовський С. С. Розвиток медичної реабілітації в Україні: організаційно-правовий аспект. Публічне адміністрування та національна безпека. 2023. №7 (37). С. 7-15.

URL : <https://www.inter-nauka.com/uploads/public/16963306573253.pdf>

DOI : <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2023-7-9131>

2. 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.

URL : <https://www.inter-nauka.com/uploads/public/16998808384514.pdf>

DOI : <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2023-8-9176>

3. Соколовський С. С. Проектний підхід як інструмент розвитку медичної реабілітації в Україні: публічно-управлінський аспект. Публічне адміністрування та національна безпека. 2023. №10 (40). С.28-34.

URL : <https://www.inter-nauka.com/uploads/public/17036770301496.pdf>

DOI : <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2023-10-9421>

4. Соколовський С. С. Управління проектами реабілітаційних кластерів як один із факторів удосконалення системи медичної реабілітації в Україні: публічно-управлінський аспект. Публічне адміністрування та національна безпека. 2023. №11 (41). С.17-26.

URL : <https://www.inter-nauka.com/uploads/public/17054441386005.pdf>

DOI : <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2023-11-9474>

Опубліковані праці у виданнях апробаційного характеру

5. Соколовський С.С. Кластерний підхід в державному управлінні медичною реабілітацією як фактор забезпечення стійкості, розвитку та ревіталізації територій і громад в Україні. Забезпечення стійкості, ревіталізації та розвитку територій і громад в Україні: матеріали наук.-практ. конф. за міжнар. участю, м. Дніпро, 4 травня 2023 р. / за заг. ред. І. А. Чикаренко; Т.В. Маматової. Дніпро: НТУ «Дніпровська політехніка». 2023. С. 200-202.

URL : <https://palsg.nmu.org.ua/ua/Sci/konf/ConfDUMS-040523.pdf>

2. Соколовський С.С. Проектний підхід в сфері публічного управління медичною реабілітацією в Україні. Молодь: наука та інновації: матеріали XI Міжнародної науково-технічної конференції студентів, аспірантів та молодих вчених, Дніпро, 22–24 листопада 2023 року: у 2-х т. / Національний технічний університет «Дніпровська політехніка». Дніпро: НТУ «ДП», 2023. Т. 2. С. 213-214.

URL: <https://rmv.nmu.org.ua/ua/arkhiv-zbirok-konferentsiy/molod-nauka-ta-innovatsii-2023/molod-2023-vol2.pdf>

3. Соколовський С.С. Розвиток медичної реабілітації в Україні: проектний підхід. Distance learning: problems, ways of development and the latest technologies: The XV International Scientific and Practical Conference, Munich, Germany. December 25-27 2023. P.157-159 p.

URL: <https://eu-conf.com/ua/events/distance-learning-problems-ways-of-development-and-the-latest-technologies/>

Додаток Б

СУБ'ЄКТИ, ЯКІ НАДІЛЕНІ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДОРАДЧИМИ ПОВНОВАЖЕННЯМИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1. Громадська гуманітарна рада при Президентові України;
2. Дорадча рада при Комітеті Верховної Ради України з питань охорони здоров'я;
3. Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу при Кабінеті Міністрів України;
4. Національна координаційна рада боротьби з наркоманією при Кабінеті Міністрів України;
5. Міжвідомча координаційна рада при МОЗ України з питань міжгалузевої взаємодії закладів охорони здоров'я;
6. Громадська рада при МОЗ України (постійно діючий центральний громадський колегіальний консультативно-дорадчий і наглядово-експертний орган);
7. Громадська рада при МОЗ України з питань співпраці з Всеукраїнською Радою Церков і релігійних організацій (постійно діючий дорадчо-консультативний орган);
8. Рада молодих вчених при МОЗ України (постійно діючий дорадчий орган);
9. Колегія МОЗ України (постійний консультативно-дорадчий орган);
10. Вчена медична рада МОЗ України (постійно діючий консультативний орган, що розглядає питання розвитку медичної науки в Україні);
11. Координаційна рада з управління якістю медичної допомоги МОЗ України (постійно діючий консультативно-дорадчий орган);
12. Координаційна рада з управління якістю медичної допомоги МОЗ АРК управлінь (головних управлінь) охорони здоров'я областей, Київської і Севастопольської міських державних адміністрацій;
13. Координаційна рада з управління якістю медичної допомоги управлінь (відділів) охорони здоров'я міських, районних органів місцевого самоврядування;
14. Клініко-експертні комісії МОЗ України (постійно діючий орган, що виконує координаційну, консультативну та дорадчу функції з питань організації роботи, клініко-експертної оцінки якості медичної допомоги);
15. Клініко-експертні комісії МОЗ АРК, управлінь охорони здоров'я, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій (постійно діючий орган для колегіального розгляду клініко-експертних питань діагностики, лікування та реабілітації, скарг громадян та інших осіб, яким надавалась на відповідній адміністративній території України медична допомога, питань якості медичної допомоги, а також звернень підприємств, організацій, установ, фондів соціального страхування, судових органів, прокуратури з цих питань за дорученням керівника органу охорону здоров'я);
16. Клініко-експертні комісії управлінь (відділів) охорони здоров'я міських, районних органів місцевого самоврядування;
17. Медична рада закладу охорони здоров'я (постійно діючий консультативно-дорадчий орган);
18. Рада для здійснення координації заходів, пов'язаних із забезпеченням консультацій з громадськістю з питань формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я.

Додаток В

Законодавчо-нормативні акти з регулювання медичної реабілітації, що передували впровадженню БПС-моделі реабілітації

1. Закон України № 875-ХІІ «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» від 21.03.1991 р.;
2. Закон України № 2801-ХІІ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. [12];
3. Закон України № 2017-ІІІ «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» від 05.10.2000 р.;
4. Закон України № 2961-ІV «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» від 06.10.2005 р.;
5. Постанова Кабінету Міністрів України №1686 «Про затвердження державної типової програми реабілітації інвалідів» від 8.12.2006 р.;
6. Постанова Кабінету Міністрів України № 80 «Про затвердження Порядку надання окремим категоріям осіб послуг із комплексної реабілітації (абілітації)» від 31.01.2007 р.;
7. Постанова Кабінету Міністрів України № 757 «Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації особи з інвалідністю» від 23.05.2007 р.;
8. Постанова Кабінету Міністрів України № 1317 «Питання медико- соціальної експертизи» від 03.12.2009 р.;
9. Постанова Кабінету Міністрів України № 321 «Про затвердження Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані технічні засоби реабілітації, переліків таких засобів» від 05.04.2012 р.;
10. Наказ Міністерства соціальної політики України № 855 «Деякі питання комплексної реабілітації осіб з інвалідністю» від 09.08.2016 р.;
11. Постанова Кабміну Міністрів України «Деякі питання Державної служби України у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції» № 416 від 10.09.2014;
12. Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання протезування та ортезування виробами підвищеної функціональності за новітніми технологіями та технологіями виготовлення, які відсутні в Україні, та/або спеціальними виробами для занять спортом окремих категорій громадян, які брали участь в антитерористичній операції чи у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях, та/або забезпеченні їх проведення і втратили функціональні можливості кінцівки або кінцівок» № 518 від 01.10.2014;
13. Указ Президента України «Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників АТО» № 150/2015 від 18.03.2015;
14. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників АТО» № 359-р від 31.03.2015;
15. Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» № 2011-ХІІ від 20.12.1991 (Редакція від 28.11.2015);

Додаток Д
Довідки та Акти про впровадження

№ 12-34/85 від 21.02.2024

ДОВІДКА
про участь у науково-дослідних роботах

Видана **Соколовському Сергію Сергійовичу** з підтвердженням про те, що він дійсно брав участь у виконанні науково-дослідної роботи (далі – НДР) Національного технічного університету «Дніпровська політехніка», а саме:

– 01.03.2022 до 30.12.2023 – виконавець теми НДР «Забезпечення стійкості, ревіталізації та розвитку територій і громад в Україні», номер державної реєстрації 0122U002375 (рішення кафедри державного управління і місцевого самоврядування ННІ державного управління НТУ «Дніпровська політехніка», протокол № 8 від 21.01.2022);

– 01.03.2022 до 31.12.2023 – виконавець теми НДР «Цифрова трансформація публічного управління», номер державної реєстрації 0122U002236 (рішення кафедри державного управління і місцевого самоврядування ННІ державного управління НТУ «Дніпровська політехніка», протокол № 8 від 21.01.2022).

Особистий внесок: проведення досліджень щодо обґрунтування доцільності впровадження кластерного підходу в публічному управлінні медичною реабілітацією як фактору забезпечення стійкості, розвитку та ревіталізації територій і громад в Україні.

Директор навчально-наукового інституту
державного управління
Національного технічного університету
«Дніпровська політехніка»



[Signature] Євгеній БОРОДІН

Завідувачка кафедри державного управління
і місцевого самоврядування
Національного технічного університету
«Дніпровська політехніка»

[Signature] Ірина ЧИКАРЕНКО

ЗАТВЕРДЖУЮ

директорка Дніпропетровської багатoproфiльної
клiнiчної лiкарнi з надання психiатричної допомоги
Дніпропетровської обласної ради

д.мед.н., професор

Світлана МОРОЗ

«27» лютого 2024 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. *Назва впровадження:* Удосконалення системи медичної реабілітації в Україні: публічно-управлінський аспект
2. *Ким пропонується, адреса:* Національний технічний університет «Дніпровська політехніка», проспект Дмитра Яворницького, 19, Дніпро, Дніпропетровська область, 49005; Кафедра державного управління і місцевого самоврядування; Соколовський С.С.
3. *Джерела інформації:*
 - Соколовський С. С. Кластерний підхід як інструмент розвитку медичної реабілітації в Україні: державно-управлінський аспект // Електронне наукове видання "Публічне адміністрування та національна безпека". — 2023. — №8. <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2023-8-9176>;
 - Соколовський С. С. Проектний підхід як інструмент розвитку медичної реабілітації в Україні: публічно-управлінський аспект // Електронне наукове видання "Публічне адміністрування та національна безпека". — 2023. — №10. <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2023-10-9421>;
 - Соколовський С. С. Управління проєктами реабілітаційних кластерів як один із факторів удосконалення системи медичної реабілітації в Україні: публічно-управлінський аспект // Електронне наукове видання "Публічне адміністрування та національна безпека". — 2023. — №11. <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2023-11-9474>;
4. *Де та ким впроваджено:* впроваджено в Дніпропетровській багатoproфiльній клiнiчній лiкарнi з надання психiатричної допомоги Дніпропетровської обласної ради (Дніпропетровська область, м. Дніпро, вулиця Бехтерева, 1, 49000).
5. *Дата початку впровадження:* 01.12.2023

6. *Ефективність впровадження:* Запропонований підхід з удосконалення системи медичної реабілітації з застосуванням кластерного підходу та проєктного підходу дозволяє удосконалити управління системи охорони здоров'я України за допомогою створення реабілітаційних кластерів, як найбільш перспективним напрямком розвитку та удосконаленню реабілітації в Україні. Такий підхід та запропонована концепція удосконалення системи реабілітації в Україні є важливим кроком на шляху удосконалення системи медичної реабілітації в Україні.
7. *Зауваження, додатки:* не має.

«27» лютого 2024 р.

Відповідальний за впровадження:

Заступник директорки Дніпропетровської багатопрофільної клінічної лікарні з надання психіатричної допомоги Дніпропетровської обласної ради
к.мед.н.



ЗАТВЕРДЖУЮ

директор Дніпропетровського обласного госпіталю ветеранів війни Дніпропетровської обласної ради
к.мед.н.



Олексій ГРИГОРУК

« 7 » лютого 2024 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. *Назва впровадження:* Удосконалення системи медичної реабілітації в Україні: публічно-управлінський аспект
2. *Ким пропонується, адреса:* Національний технічний університет «Дніпровська політехніка», проспект Дмитра Яворницького, 19, Дніпро, Дніпропетровська область, 49005; Кафедра державного управління і місцевого самоврядування; Соколовський С.С.
3. *Джерела інформації:*
 - Соколовський С. С. Кластерний підхід як інструмент розвитку медичної реабілітації в Україні: державно-управлінський аспект // Електронне наукове видання "Публічне адміністрування та національна безпека". — 2023. — №8. <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2023-8-9176>;
 - Соколовський С. С. Проектний підхід як інструмент розвитку медичної реабілітації в Україні: публічно-управлінський аспект // Електронне наукове видання "Публічне адміністрування та національна безпека". — 2023. — №10. <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2023-10-9421>;
 - Соколовський С. С. Управління проєктами реабілітаційних кластерів як один із факторів удосконалення системи медичної реабілітації в Україні: публічно-управлінський аспект // Електронне наукове видання "Публічне адміністрування та національна безпека". — 2023. — №11. <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2023-11-9474>;
4. *Де та ким впроваджено:* впроваджено в Дніпропетровському обласному госпіталі ветеранів війни Дніпропетровської обласної ради (Дніпропетровська область, Україна, Дніпро, площа Соборна, 14, Соборний район).
5. *Дата початку впровадження:* 01.12.2023

6. *Ефективність впровадження:* Запропонований підхід з удосконалення системи медичної реабілітації, зокрема ветеранів війни, з застосуванням кластерного підходу та проєктного підходу дозволяє удосконалити управління системи охорони здоров'я України за допомогою створення реабілітаційних кластерів, як найбільш перспективним напрямком розвитку та удосконаленню реабілітації в Україні. Такий підхід та запропонована концепція удосконалення системи реабілітації в Україні є важливим кроком на шляху удосконалення системи медичної реабілітації в Україні.
7. *Зауваження, додатки:* не має.

« 7 » лютого 2024 р.

Відповідальний за впровадження:

Заступник директора Дніпропетровського обласного госпіталю ветеранів війни Дніпропетровської обласної ради
к.мед.н.

ЗАТВЕРДЖУЮ

Директор ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності Міністерства охорони здоров'я України»
д.мед.н., професор



Алла КИРИЧЕНКО

« 7 » лютого 2024 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. *Назва впровадження:* Удосконалення системи медичної реабілітації в Україні: публічно-управлінський аспект
2. *Ким пропонується, адреса:* Національний технічний університет «Дніпровська політехніка», проспект Дмитра Яворницького, 19, Дніпро, Дніпропетровська область, 49005; Кафедра державного управління і місцевого самоврядування; Соколовський С.С.
3. *Джерела інформації:*
 - Соколовський С. С. Кластерний підхід як інструмент розвитку медичної реабілітації в Україні: державно-управлінський аспект // Електронне наукове видання "Публічне адміністрування та національна безпека". — 2023. — №8. <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2023-8-9176>;
 - Соколовський С. С. Проектний підхід як інструмент розвитку медичної реабілітації в Україні: публічно-управлінський аспект // Електронне наукове видання "Публічне адміністрування та національна безпека". — 2023. — №10. <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2023-10-9421>;
 - Соколовський С. С. Управління проектами реабілітаційних кластерів як один із факторів удосконалення системи медичної реабілітації в Україні: публічно-управлінський аспект // Електронне наукове видання "Публічне адміністрування та національна безпека". — 2023. — №11. <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2023-11-9474>;
4. *Де та ким впроваджено:* впроваджено в ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності Міністерства охорони здоров'я України» (Дніпропетровська область, м. Дніпро, пров. Феодосія Макаревського, 1-а, 49027).
5. *Дата початку впровадження:* 01.12.2023

6. *Ефективність впровадження*: Запропонований підхід з удосконалення системи медичної реабілітації, зокрема застосування кластерного підходу та проєктного підходу дозволяє удосконалити управління проєктами реабілітаційних кластерів в системі охорони здоров'я України, як найбільш перспективним напрямком розвитку та удосконаленню реабілітації в Україні. Такий підхід та запропонована концепція удосконалення системи реабілітації в Україні підтверджує, свою дієвість, як один із факторів удосконалення системи медичної реабілітації в Україні
7. *Зауваження, додатки*: не має.

« 7 » лютого 2024 р.

Відповідальний за впровадження:

Заступник директора ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності Міністерства охорони здоров'я України»

к.мед.н.



КОНСТЯНТИН ЛЕГЕЗА

ЗАТВЕРДЖУЮ

Ректор ТОВ «Європейський медичний університет»

к.мед.н., доцент

Сергій АБРАМОВ

«15» травня 2024 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

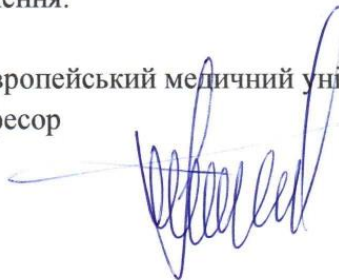
1. *Назва впровадження:* Удосконалення системи медичної реабілітації в Україні: публічно-управлінський аспект
2. *Ким пропонується, адреса:* Національний технічний університет «Дніпровська політехніка», проспект Дмитра Яворницького, 19, Дніпро, Дніпропетровська область, 49005; Кафедра державного управління і місцевого самоврядування; Соколовський С.С.
3. *Джерела інформації:*
 - Соколовський С. С. Розвиток медичної реабілітації в Україні: організаційно-правовий аспект // Електронне наукове видання "Публічне адміністрування та національна безпека". — 2023. — №7. <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2023-7-9131>;
 - Соколовський С. С. Кластерний підхід як інструмент розвитку медичної реабілітації в Україні: державно-управлінський аспект // Електронне наукове видання "Публічне адміністрування та національна безпека". — 2023. — №8. <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2023-8-9176>;
 - Соколовський С. С. Проектний підхід як інструмент розвитку медичної реабілітації в Україні: публічно-управлінський аспект // Електронне наукове видання "Публічне адміністрування та національна безпека". — 2023. — №10. <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2023-10-9421>;
 - Соколовський С. С. Управління проектами реабілітаційних кластерів як один із факторів удосконалення системи медичної реабілітації в Україні: публічно-управлінський аспект // Електронне наукове видання "Публічне адміністрування та національна безпека". — 2023. — №11. <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2023-11-9474>;
4. *Де та ким впроваджено:* впроваджено у ТОВ «Європейський медичний університет» (Дніпропетровська область, м. Дніпро, 49005, вул. Дзяка Георгія академіка, 3).
5. *Дата початку впровадження:* 01.05.2024

6. *Ефективність впровадження:* Запропонований підхід з удосконалення системи медичної реабілітації, зокрема застосування кластерного підходу та проєктного підходу дозволяє удосконалити управління проєктами регіональних реабілітаційних кластерів в системі охорони здоров'я України, як найбільш перспективним напрямком розвитку та удосконалення системи реабілітації в Україні. Так, стратегія проєкту реабілітаційного кластера спрямована на розвиток та оптимізацію сфери реабілітації в регіоні шляхом об'єднання в єдиний узгоджений кластерний механізм різних гравців галузі. Серед них державні та публічні заклади, діяльність яких спрямована на підготовку спеціалістів з реабілітації; надання реабілітаційних послуг; виробництва допоміжних засобів реабілітації; та створення нових програм і технологій реабілітації. Дана інформація є актуальною для її інтеграції в навчальні програми майбутніх спеціалістів з реабілітації та управлінців в системі реабілітації сфери охорони здоров'я.
7. *Зауваження, додатки:* не має.

«15» травня 2024 р.

Відповідальний за впровадження:

Перший проректор ТОВ «Європейський медичний університет»
доктор медичних наук, професор



Герман ТІТОВ

ЗАТВЕРДЖУЮ
Ректор Національного
технічного університету
«Дніпровська політехніка»

к.т.н., професор

Олександр АЗЮКОВСЬКИЙ



«09» липня 2024 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. *Назва впровадження:* Удосконалення системи медичної реабілітації в Україні: публічно-управлінський аспект
2. *Ким пропонується, адреса:* Національний технічний університет «Дніпровська політехніка», проспект Дмитра Яворницького, 19, Дніпро, Дніпропетровська область, 49005; Кафедра державного управління і місцевого самоврядування; Соколовський С.С.
3. *Джерела інформації:*
 - Соколовський С.С. Розвиток медичної реабілітації в Україні: організаційно-правовий аспект // Електронне наукове видання «Публічне адміністрування та національна безпека». — 2023. — №7. <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2023-7-9131>;
 - Соколовський С.С. Кластерний підхід як інструмент розвитку медичної реабілітації в Україні: державно-управлінський аспект // Електронне наукове видання «Публічне адміністрування та національна безпека». — 2023. — №8. <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2023-8-9176>;
 - Соколовський С. С. Проектний підхід як інструмент розвитку медичної реабілітації в Україні: публічно-управлінський аспект // Електронне наукове видання "Публічне адміністрування та національна безпека". — 2023. — №10. <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2023-10-9421>;
 - Соколовський С.С. Управління проектами реабілітаційних кластерів як один із факторів удосконалення системи медичної реабілітації в Україні: публічно-управлінський аспект // Електронне наукове

видання «Публічне адміністрування та національна безпека». — 2023.
— №11. <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2023-11-9474>;

4. *Де та ким впроваджено:* впроваджено у Національному технічному університеті «Дніпровська політехніка» (Дніпропетровська область, м. Дніпро, 49005, пр. Дмитра Яворницького, 19).
5. *Ефективність впровадження:* Запропонований підхід з удосконалення системи медичної реабілітації, зокрема застосування кластерного підходу та проектного підходу дозволяє удосконалити управління проектами регіональних реабілітаційних кластерів в системі охорони здоров'я України, як найбільш перспективним напрямком розвитку та удосконалення системи реабілітації в Україні. Так, стратегія проекту реабілітаційного кластера спрямована на розвиток та оптимізацію сфери реабілітації в регіоні шляхом об'єднання в єдиний узгоджений кластерний механізм різних гравців галузі. Серед них державні та публічні заклади, діяльність яких спрямована на підготовку спеціалістів з реабілітації; надання реабілітаційних послуг; виробництва допоміжних засобів реабілітації; та створення нових програм і технологій реабілітації.
6. *Зауваження, додатки:* не має.

Відповідальний за впровадження:

Перший проректор
Національного технічного університету
«Дніпровська політехніка»
д.т.н., професор



Артем ПАВЛИЧЕНКО



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УНІВЕРСИТЕТ МИТНОЇ СПРАВИ ТА ФІНАНСІВ
(УМСФ)

вул. Володимира Вернадського, 2/4, м. Дніпро, 49000
тел./факс: (056) 745-55-96; (0562) 47-17-91
E-mail:university.msf@gmail.com Код ЄДРПОУ 39568620

17.07.2024 № 10-38/01/660 на № _____ від _____

ЗАТВЕРДЖУЮ

Ректор Університету митної справи та фінансів

к.ю.н., доцент



Дмитро БОЧАРОВ

«17» липня 2024 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. *Назва впровадження:* Удосконалення системи медичної реабілітації в Україні: публічно-управлінський аспект
2. *Ким пропонується, адреса:* Національний технічний університет «Дніпровська політехніка», проспект Дмитра Яворницького, 19, Дніпро, Дніпропетровська область, 49005; Кафедра державного управління і місцевого самоврядування; Соколовський С.С.
3. *Джерела інформації:*
 - Соколовський С. С. Розвиток медичної реабілітації в Україні: організаційно-правовий аспект // Електронне наукове видання "Публічне адміністрування та національна безпека". — 2023. — №7. <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2023-7-9131>;
 - Соколовський С. С. Кластерний підхід як інструмент розвитку медичної реабілітації в Україні: державно-управлінський аспект // Електронне наукове видання "Публічне адміністрування та національна безпека". — 2023. — №8. <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2023-8-9176>;

- Соколовський С. С. Проектний підхід як інструмент розвитку медичної реабілітації в Україні: публічно-управлінський аспект // Електронне наукове видання "Публічне адміністрування та національна безпека". — 2023. — №10. <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2023-10-9421>;
 - Соколовський С. С. Управління проектами реабілітаційних кластерів як один із факторів удосконалення системи медичної реабілітації в Україні: публічно-управлінський аспект // Електронне наукове видання "Публічне адміністрування та національна безпека". — 2023. — №11. <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2023-11-9474>;
4. *Де та ким впроваджено:* впроваджено в Університеті митної справи та фінансів (Дніпропетровська область, м. Дніпро, 49000, вул. Володимира Вернадського, 2/4).
 5. *Дата початку впровадження:* 01.07.2024
 6. *Ефективність впровадження:* Запропонований підхід з удосконалення системи медичної реабілітації, зокрема застосування кластерного підходу та проектного підходу дозволяє удосконалити управління проектами регіональних реабілітаційних кластерів в системі охорони здоров'я України, як найбільш перспективним напрямком розвитку та удосконалення системи реабілітації в Україні. Так, стратегія проекту реабілітаційного кластера спрямована на розвиток та оптимізацію сфери реабілітації в регіоні шляхом об'єднання в єдиний узгоджений кластерний механізм різних гравців галузі. Серед них державні та публічні заклади, діяльність яких спрямована на підготовку спеціалістів з реабілітації; надання реабілітаційних послуг; виробництва допоміжних засобів реабілітації; та створення нових програм і технологій реабілітації. Дана інформація є актуальною для її інтеграції в навчальні програми майбутніх спеціалістів з реабілітації та управлінців в системі реабілітації сфери охорони здоров'я.
 7. *Зауваження, додатки:* не має.

«17» липня 2024 р.

Відповідальний за впровадження:

Перший проректор Університету митної справи та фінансів,
Голова вченої ради
д.і.н., д.н.держ.упр., професор

Віктор ЧЕНЦОВ

