



USAID
ВІД АМЕРИКАНСЬКОГО НАРОДУ

momentum
wheels for humanity

ОЦІНКА ПОТРЕБ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА АСИСТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЯХ НА РІВНІ ГРОМАД / ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ





USAID
ВІД АМЕРИКАНСЬКОГО НАРОДУ

momentum
wheels for humanity

ОЦІНКА ПОТРЕБ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА АСИСТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЯХ НА РІВНІ ГРОМАД / ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Цей матеріал став можливим завдяки щирій підтримці американського народу, наданій через Агентство США з міжнародного розвитку (USAID). Зміст є відповідальністю Моментум Вілз фор Хьюменіті і не обов'язково відображає погляди USAID або Уряду США.

ЗМІСТ

Список скорочень	4
Передумови	6
Мета	7
Завдання	7
Методологія оцінки	8
Визначення ключових понять	9
Методи оцінки	10
Обмеження оцінки	14
Результати	16
Загальна характеристика оцінюваних громад	17
□ Соціально-демографічні показники	17
Потреба в реабілітації	19
□ Оцінка за даними електронної системи охорони здоров'я	19
□ Порушення кістково-м'язової системи	21
□ Новоутворення	22
□ Неврологічні розлади	22
□ Серцево-судинні захворювання	23
□ Сенсорні порушення	24
□ Хронічні захворювання дихальних шляхів	25
□ Психічні розлади	25
□ COVID-19	26
□ Оцінка за результатами інтерв'ю з ключовими стейкхолдерами	26
Потреба в асистивних технологіях	27

І Інфраструктурний та кадровий потенціал у громадах	29
□ Спеціалізована медична допомога	31
□ Первинна медична допомога	33
□ Соціальні послуги	35
□ Послуги для ветеранів	40
□ Послуги для дітей з інвалідністю	41
І Виклики та можливості в громадах для розвитку реабілітаційних послуг	45

Висновки та рекомендації	49
---------------------------------	-----------

Додатки	54
----------------	-----------

І Додаток 1. Перелік захворювань, порушень або наслідків, що найчастіше призводять до потреби в реабілітації та їх відповідники за кодами ICPC2 та МКХ-10	55
І Додаток 2. Гайд для інтерв'ю ключових інформантів	57
І Додаток 3. Показники на рівні громади, які зібрано з допомогою онлайн анкети	60
І Додаток 4. Профілі громад	64
□ Близнюківська громада	64
□ Кодимська громада	65
□ Липовецька громада	66
□ Магдалинівська громада	67
□ Менська громада	68
□ Овруцька громада	69
□ Рожищенська громада	70
□ Таращанська громада	71
□ Шполянська громада	72
□ Шумська громада	73

Список скорочень

АТ	Асистивні технології
ГО	Громадські організації
ДЗР	Допоміжні засоби реабілітації
ДЦП	Дитячий церебральний параліч
ЄДЕБО	Єдина державна база з питань освіти
ЕСОЗ	Електронна система охорона здоров'я
ІРП	Індивідуальний реабілітаційний план
ІРЦ	Інклюзивно-ресурсний центр
НСЗУ	Національна служба здоров'я України
МДРК	Мультидисциплінарна реабілітаційна команда
МІС	Медична інформаційна система
МКХ-10	Міжнародна класифікація хвороб десятого перегляду
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
ОМС	Органи місцевого самоврядування
ПМГ	Програма медичних гарантій
ПМД	Первинна медична допомога
ПТСР	Посттравматичний стресовий розлад
СМД	Спеціалізована медична допомога
ССЗ	Серцево-судинні захворювання
ТСМ	Травма спинного мозку
ТЦНСП	Територіальні центри надання соціальних послуг
ХОЗЛ	Хронічне обструктивне захворювання легенів
ЧМТ	Черепно-мозкова травма
ICPC-2	International Classification of Primary Care, 2nd edit., Міжнародна Класифікація ПМД 2 вид.

ПЕРЕДУМОВИ



Реабілітація – це комплексний процес, спрямований на відновлення та оптимізацію функціонування людини у фізичному, розумовому і соціальному аспектах. Вона не обмежується лікуванням хвороби, а зосереджується на здатності людини вести активне та незалежне життя, незважаючи на обмеження, спричинені віком, хронічними захворюваннями, травмами чи іншими станами здоров'я. Відповідно, основним фокусом реабілітації є поліпшення функціонування людини, а також навчання і розширення її можливостей керувати станом свого здоров'я, брати активну участь у повсякденному житті шляхом адаптації до змін.

Реабілітація може знадобитися кожному незалежно від віку, статі чи соціально-економічного статусу. За даними Інституту показників і оцінки здоров'я (США), кожна третя людина в світі впродовж життя потребує реабілітації, щоб поліпшити здоров'я та відновити здатність до повсякденного функціонування. Особливо це стосується людей із хронічними захворюваннями, літніх осіб, а також тих, хто мав гострі захворювання і травми, зазнав госпіталізації тощо¹. З огляду на це, в світі зростає попит на реабілітаційні послуги, вимагаючи від країн зміцнювати системи реабілітації не лише на національному та регіональному рівнях, але й на місцевому – у і, громадах. З-поміж іншого, в Україні потреба в реабілітації постала ще гостріше у зв'язку з війною росії проти України, що триває понад десятиліття, і понад три роки є повномасштабною. За даними Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, через війну щорічно понад 250 000 пацієнтів потребують реабілітаційних послуг². Також, відповідно до позиційної заяви ГО «Українське товариство ерготерапевтів», у 2023 році були рекомендовані допоміжні засоби реабілітації (ДЗР)³ понад 160 000 людей.

Одним із важливих аспектів відповіді на підвищену потребу в реабілітації має стати стабільна система реабілітаційних послуг на рівні громад / первинної медичної допомоги (ПМД). Вона інтегруватиме реабілітацію в інші медичні та соціальні послуги, залучаючи відповідні установи, в такий спосіб наближаючи реабілітацію до людей. Це дозволить забезпечити безперервність реабілітаційних послуг, попередити складні випадки станів та хвороб, які призводять до обмеження повсякденного функціонування та інвалідизації. А ще – залучити членів громад і зацікавлених сторін до створення сприятливішого середовища, зменшити навантаження на систему охорони здоров'я та пов'язані з цим витрати.

На даний час в Україні немає єдиної чіткої моделі реабілітації на рівні громади/ПМД, послуги реабілітації, що надаються в громадах, є обмеженими та несистемними (особливо в невеликих громадах), а також здебільшого завдячують ініціативам на місцях, тобто не інтегровані до комплексної державної політики. Звіт незалежної міжнародної гуманітарної організації «Handicap International – Humanity & Inclusion» з оцінки потреб у сферах охорони здоров'я та захисту населення України в 2024 році показав, що менше ніж 1% послуг реабілітації надається на рівні громад – у закладах ПМД⁴. Серед основних бар'єрів до надання реабілітації у закладах ПМД відзначили нестачу персоналу, медичного обладнання, фінансових ресурсів та брак професійної підготовки.

Щоб підвищити доступність, якість та інтеграцію реабілітаційних послуг і асистивних технологій (АТ) на рівні громад, п'ятирічний проєкт USAID «Реабілітація в Україні» (Rehab4U) планує вжити низку заходів: (1) визначити потребу в реабілітації та асистивних технологіях (АТ) на рівні громад/ПМД у 10 обраних громадах, (2) у партнерстві з національними та міжнародними стейкхолдерами розробити модель надання реабілітаційних послуг на рівні громад/ПМД та (3) пропілотувати впровадження моделі в 6 обраних громадах України.

Цей звіт описує результати першого кроку з означеного плану – оцінку потреб у реабілітації та АТ на рівні громад/ПМД в 10 обраних громадах.

¹ Institute for Health Metrics and Evaluation, 2021, <https://vizhub.healthdata.org/rehabilitation/>

² Урядовий портал, <http://bit.ly/4euivitO>

³ ГО «Українське товариство ерготерапевтів»
<https://ergo-ukraine.com.ua/resources/ergoterapiya-ta-asistivni-tehnologiyi>

⁴ Handicap International - Humanity & Inclusion, Health & Protection Needs Assessment in Ukraine, 2024, <https://reliefweb.int/report/ukraine/health-protection-needs-assessment-ukraine-enuk>

Мета

Оцінити потребу в реабілітації та АТ на рівні громад/ПМД в 10 обраних громадах. Визначити можливості та виклики, які впливають на спроможність визначених громад розвивати реабілітаційні послуги.

Завдання

1. Відбір громад для оцінки

- Провести відбір 10 громад, що відповідатимуть встановленим проєктом критеріям, включаючи проактивність органів місцевого самоврядування та доступність даних.

2. Оцінка потреби в реабілітації

- Організувати збір статистичної інформації про кількість звернень до закладів охорони здоров'я пацієнтів зі станами, що потребують реабілітації, з урахуванням демографічних характеристик громад.
- Включити в оцінку дані про доступні реабілітаційні послуги, кадровий потенціал, наявність інфраструктури і допоміжних засобів.

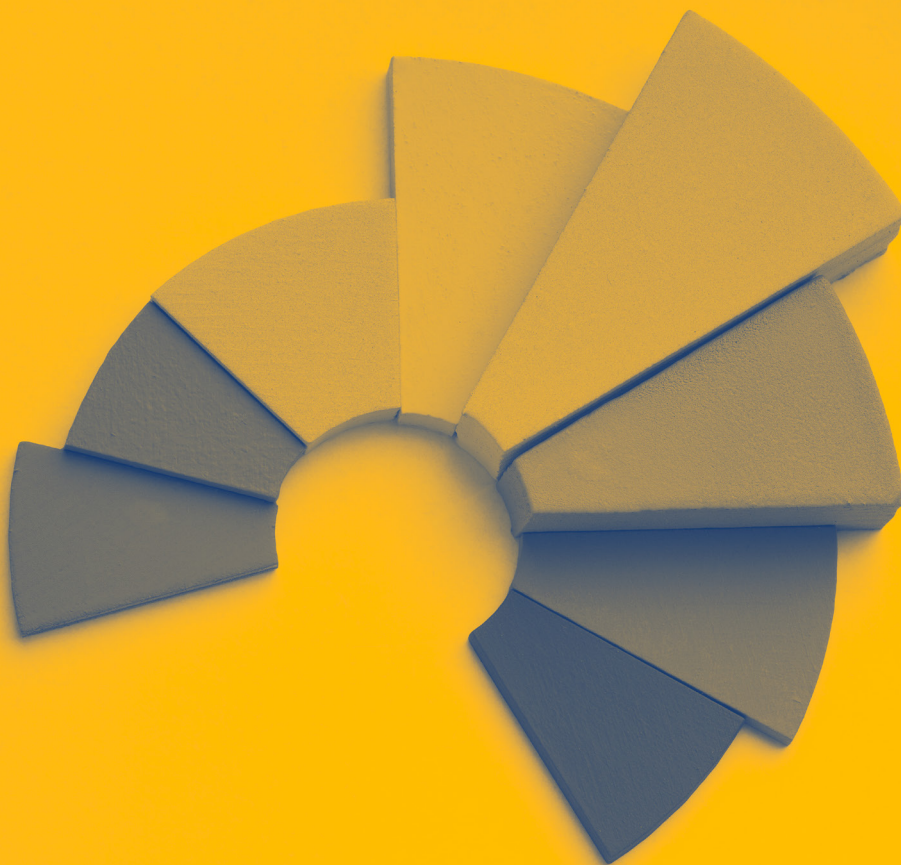
3. Ситуаційний аналіз, збір даних від ключових стейкхолдерів

- Провести глибинні інтерв'ю з представниками органів місцевого самоврядування, закладів ПМД, соціальних служб та громадського сектору з використанням стандартизованих гайдів для отримання більш комплексного уявлення про потреби і доступність реабілітаційних послуг та АТ у громадах.

4. Порівняльний аналіз та узагальнення

- Визначити ключові перепони та можливості для розвитку реабілітаційних послуг в обраних громадах.
- Розробити рекомендації щодо інтеграції реабілітаційних послуг на рівні громад.
- Запропонувати заходи для підвищення доступності ДЗР і поліпшення кадрового потенціалу.

МЕТОДОЛОГІЯ ОЦІНКИ



Визначення ключових понять

У цьому звіті ключові терміни та поняття мають таке значення:

Допоміжні (асистивні) технології⁵ – це застосування організованих знань та навичок, пов'язаних з допоміжними засобами реабілітації, включаючи системи та послуги. У цьому звіті для спрощення сприйняття буде використовуватися також термін «допоміжні засоби реабілітації» (ДЗР) як один із видів АТ.

Громада – еквівалент терміну «територіальна громада», визначеного Законом України «Про місцеве самоврядування».⁶ Це мешканці, об'єднані постійним проживанням у межах села, селища, міста, що є самостійними адміністративно-територіальними одиницями, або добровільне об'єднання мешканців кількох сіл, селищ, міст, які мають єдиний адміністративний центр.

Допоміжні засоби реабілітації⁷ – це будь-які зовнішні пристрої, обладнання, інструменти або програмне забезпечення (як спеціально виготовлені, так і загальнодоступні), призначені для підтримки чи поліпшення функціонування, незалежності та якості життя людини.

Мультидисциплінарна реабілітаційна команда⁸ (МДРК) – це організаційно оформлена, функціонально виокремлена група фахівців із реабілітації, об'єднаних спільними метою і завданнями реабілітації, які надають реабілітаційну допомогу високого та середнього обсягу в стаціонарних і амбулаторних закладах у гострому, післягострому та довготривалому реабілітаційних періодах.

Реабілітація⁹ – у контексті системи охорони здоров'я визначається як багатокомпонентний, орієнтований на потреби людини міждисциплінарний процес, який включає втручання, спрямовані на поліпшення функціональних можливостей людини (через вплив на структури і функції тіла, активність/участь) та контекстуальні чинники, що впливають на її повсякденну діяльність. Метою реабілітації є оптимізація функціонування осіб із наявними порушеннями, тих, хто має ризик інвалідності або вже живе з інвалідністю.

Реабілітація на рівні ПМД (rehabilitation integrated into primary health care) – загальні послуги реабілітації, які надаються в межах ПМД, як правило, на базі її закладів. Послуги для людей з найпоширенішими захворюваннями та/або станами (проблеми опорно-рухового апарату, неврологічні, серцево-судинні, педіатричні та/або психіатричні захворювання) надають фахівці з реабілітації та/або фахівці ПМД.

Реабілітаційні послуги на рівні громади (community-delivered rehabilitation) – найчастіше це частина спеціалізованої допомоги, що включає послуги з реабілітації, інтегровані в інші медичні та соціальні програми (сестринський догляд удома, програми раннього втручання, школи, дитячі садки, робочі місця, заклади дозвілля, заклади тривалого догляду (геріатричні будинки, інтернати), хоспіси, громадські центри (наприклад, у контексті України - ветеранські простори, центри життєстійкості тощо). Послуги на цьому рівні надають фахівці з реабілітації. Ключові

⁵ Постанова Кабінету міністрів України №1462 «Деякі питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я» від 16 грудня 2022 року. Офіційний вебсайт Верховної ради України.

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1462-2022-%D0%BF#Text>

⁶ Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні» №280/97-ВР від 21.05.1997

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80#Text>

⁷ Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» №2249-VIII від 19.12.2017

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text>

⁸ Постанова КМУ «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я» №1268 від 03.11.2021

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-%D0%BF#Text>

⁹ Negrini S, Selb M, Kiekens C, et al. Rehabilitation Definition for Research Purposes. A Global Stakeholders' Initiative by Cochrane Rehabilitation. Neurorehabilitation and Neural Repair. 2022;36(7):405-414. doi:10.1177/15459683221093587

бенефіціари – це пацієнти після завершення стаціонарного лікування, маломобільні люди, діти з порушеннями розвитку, особи похилого віку, особи з порушенням зору або дегенеративними захворюваннями, з психічними захворюваннями, люди, які проходять реабілітацію в закладах тривалого догляду.

Реабілітація в територіальній громаді⁸ – стратегія в рамках загального розвитку територіальних громад щодо реабілітації, подолання бідності, вирівнювання можливостей та соціальної інтеграції всіх осіб, що потребують реабілітації, забезпеченої спільними зусиллями самих осіб, їх сімей, організацій, місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування у сферах охорони здоров'я, освіти, соціального захисту тощо.

У цьому звіті термін **«реабілітація на рівні громади»** включатиме різноманітні послуги реабілітації для мешканців громади незалежно від типу послуги (фізична, психологічна, соціальна, освітня тощо) та установи, де організовано її надання, незалежно від типу фахівців, які надають послугу (фахівці з реабілітації, фахівці ПМД, і соціальної служби, освіти, фахівці/наставники за принципом «рівний рівному»), а також включатиме неформальну та самокеровану допомогу, надану самостійно людиною або із залученням рідних чи доглядальників, і не є реабілітаційною послугою.

Фахівці ПМД – збірний термін, який включає медичних працівників, залучених до надання первинної медичної допомоги, зокрема лікарів (лікарі загальної практики – сімейної медицини (сімейні лікарі), терапевти, педіатри), середній медичний персонал (сестра медична загальної практики - сімейної медицини, акушерка, фельдшер тощо).

Фахівці з реабілітації – збірний термін, визначений Законом України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я»⁵. Він об'єднує всіх фахівців, які безпосередньо надають реабілітаційну допомогу, мають відповідну освіту, володіють необхідними професійними знаннями та навичками, а також залучені до безперервного професійного розвитку, зокрема:

- лікарі фізичної та реабілітаційної медицини
- фізичні терапевти
- ерготерапевти
- протезисти-ортезисти
- терапевти мови й мовлення
- психологи, психотерапевти
- сестри та брати медичні з реабілітації
- асистенти фізичних терапевтів та ерготерапевтів
- соціальні працівники.

Методи оцінки

Оцінка включає чотири етапи аналізу даних, що дозволили зібрати цілісну всебічну інформацію. Кожен із етапів більш детально описано нижче.

1. Визначення громад для оцінки

Для оцінки потреби в реабілітації та АТ обрано 10 громад (див. рис.1).

Критерії вибору:

- Громада входить у цільові області Rehab4U. На момент погодження методології оцінки було визначено 8 із 10 цільових областей, де відібрано по одній громаді для оцінки (Вінницька, Волинська, Дніпропетровська, Житомирська, Одеська, Тернопільська, Харківська, Черкаська області). Ще дві області (Київська, Чернігівська) були пріоритизовані за принципом логістичної доступності, хоча не ввійшли до цільових областей Rehab4U.
- Відсутність на території громади кластерних лікарень.
- Успішний досвід співпраці та рекомендації партнерів (зокрема Національної Асамблеї людей із інвалідністю України, проекту USAID «Розбудова стійкої системи громадського здоров'я», проекту SURGe, Всеукраїнської Асоціації Громад тощо).
- Проактивність ОМС та закладів охорони здоров'я.

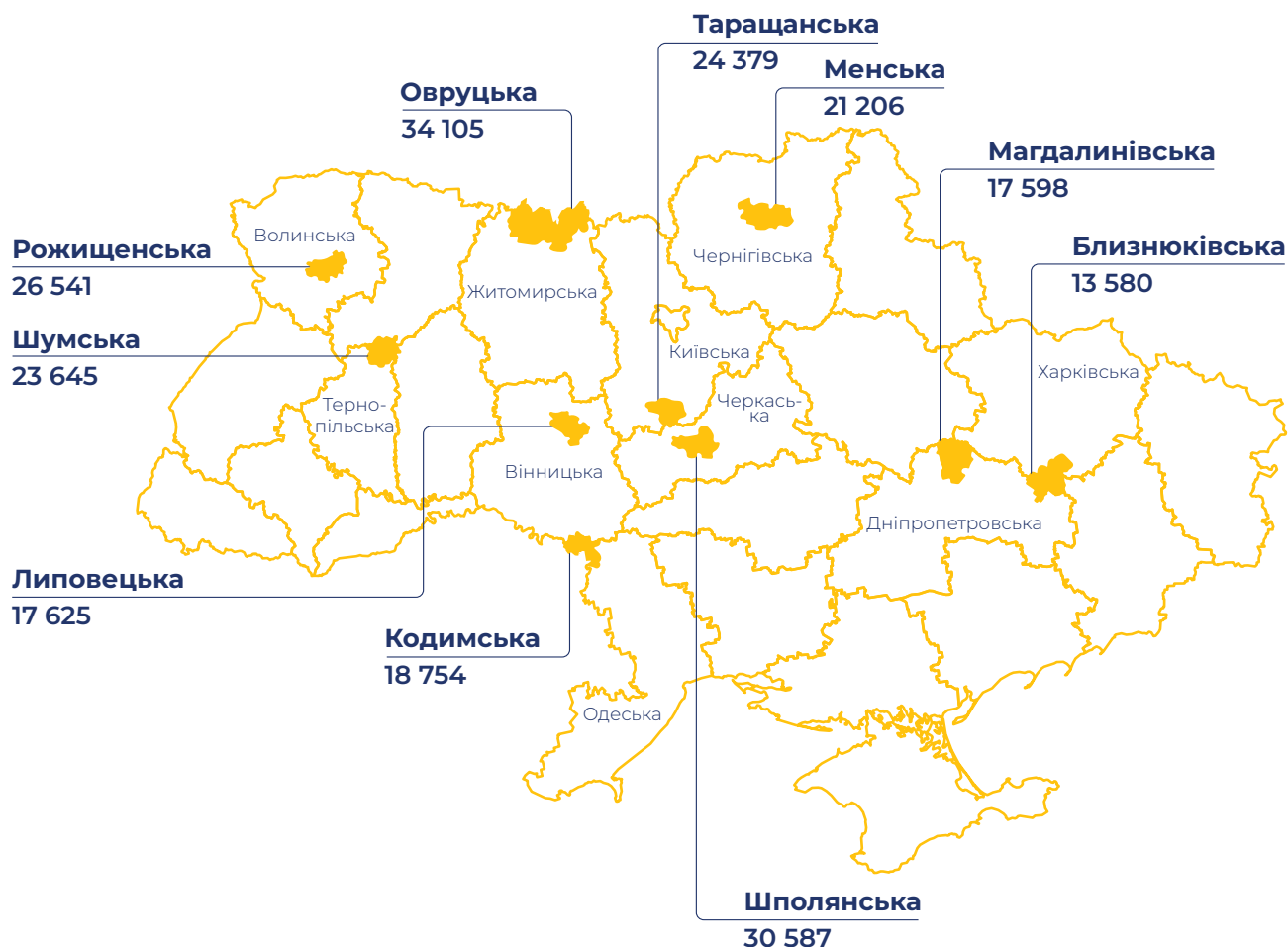


Рисунок 1. Громади, відібрані для оцінки, із вказаною кількістю мешканців, які мали активну декларацію із лікарем ПМД

2. Оцінка потреби в реабілітації

Для оцінки потреби в реабілітації відібрано дані, доступні в електронній системі охорони здоров'я (ЕСОЗ). Алгоритм відбору та порівняльного аналізу даних такий:

- За основу взято перелік фізичних станів та захворювань (захворювання), що найчастіше призводять до потреби в реабілітації, за даними систематичного аналізу глобального тягара захворювань 2019 р¹⁰ (див. таб.1).
- Здійснено операціоналізацію переліку захворювань через коди МКХ-10 та ІСРС-2, які є їх відповідниками в електронних медичних записах пацієнтів (див. Додаток 1).
- Як орієнтир чисельності населення в громаді у розрізі віку і статі використано перелік осіб, які мають укладені декларації станом на 31.12.2024 р.
- Оскільки відсоток укладених декларацій в областях, де розташовані цільові громади, коливається від 74,5% (Харківська область) до 102,5% (Київська область) і в середньому становить 89%, використання кількості укладених декларацій як чисельність населення є більш надійним, ніж розрахункова чисельність населення.
- Виконано запит до НСЗУ про отримання набору даних заданої структури. Відповідно до запиту дезагрегація даних була здійснена за такими категоріями:
 - часові рамки: 2024 рік (01.01 - 31.12),
 - область,
 - громада,
 - вік,
 - стать,
 - група стану здоров'я (див. колонку I таб. 1),
 - захворювання (див. колонку II таб. 1).
- Отримано масив даних, одиницею виміру якого була кількість пацієнтів, які відповідали заданим критеріям. Масив не містив персоналізованих даних по кожному пацієнту, таким чином дотримано анонімності даних.
- Здійснено додаткову підготовку та обробку масиву¹¹.
- Здійснено ретроспективний аналіз даних ЕКОЗ засобами електронних таблиць, підготовлено візуалізації та звіт.

¹⁰ Global estimates of the Потреба в реабілітації based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019, Cieza, Alarcos et al. The Lancet, Volume 396, Issue 10267, 2006 - 2017

¹¹ При попередньому аналізі масиву даних виявлено непропорційно високі показники для Липовецької громади по деяких захворюваннях у порівнянні з іншими громадами (COVID-19 – перевищення у 6 разів, захворювання рухових нейронів та синдром Гійєна-Барре – перевищення у 17 разів), що може свідчити про помилки кодування. Тому дані по цих захворюваннях для Липовецької громади виключено з оцінки.

Таблиця 1. Стани здоров'я та захворювання, які вимагають реабілітації на певному етапі їх розвитку

ГРУПИ СТАНІВ ЗДОРОВ'Я	ЗАХВОРЮВАННЯ
ПОРУШЕННЯ КІСТКОВО-М'ЯЗОВОЇ СИСТЕМИ	Біль у попереку, біль у шиї, переломи, інші травми, остеоартроз, ампутація, ревматоїдний артрит
НЕВРОЛОГІЧНІ РОЗЛАДИ	Дитячий церебральний параліч, інсульт, черепно-мозкова травма, хвороба Альцгеймера та деменція, ураження спинного мозку, хвороба Паркінсона, розсіяний склероз, захворювання рухових нейронів, синдром Гійєна-Барре
СЕНСОРНІ ПОРУШЕННЯ	Зниження слуху, втрата зору
ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ	Порушення інтелектуального розвитку, шизофренія, розлад аутистичного спектру
ХРОНІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ	Хронічне обструктивне захворювання легень
СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ	Серцева недостатність, гострий інфаркт міокарда
НОВОУТВОРЕННЯ	Новоутворення
COVID-19	Віддалені наслідки COVID-19

3. Ситуаційний аналіз, збір даних від ключових стейкхолдерів

Глибинні інтерв'ю зі стейкхолдерами

У межах цього етапу оцінки було здійснено візити в 10 громад.

Проведено глибинні інтерв'ю з ключовими інформантами: профільні керівники / заступники / фахівці установ, дотичних до надання реабілітаційних послуг:

- органи місцевого самоврядування (ОМС),
- спеціалізовані заклади охорони здоров'я, в тому числі заклади тривалого догляду (геріатричні будинки, інтернати),
- заклади ПМД,
- соціальні служби,
- громадський сектор (ГС) (ветеранські, громадські організації, благодійні фонди, волонтери, громадські активісти тощо).

Цільова вибірка для проведення глибинних інтерв'ю формувалася з числа фахівців, залучених від організацій-інформантів у межах обраних для оцінки громад (3-5 респондентів у кожній ключовій групі). Перед початком інтерв'ю всі учасники надали усну інформовану згоду та мали можливість відмовитися від бесіди у будь-який час чи не відповідати на будь-яке питання без зазначення причин відмови. Тривалість інтерв'ю становила в середньому 45-60 хв. Повний гайд для інтерв'ю ключових інформантів наведено у Додатку 2.

Описовий аналіз даних із відкритих державних джерел

- Мережа закладів охорони здоров'я, які обслуговують цільову громаду,

доступні амбулаторні послуги реабілітації у цих закладах (зокрема за пакетом ПМГ «Реабілітаційна допомога дорослим та дітям у амбулаторних умовах»);

- Відстань від закладів охорони здоров'я до найвіддаленішого населеного пункту громади;
- Мережа інших закладів та установ, які забезпечують реабілітацію, АТ або дотичні до неї (соціальні служби, ветеранські простори, громадські/благодійні організації, спортивні та рекреаційні заклади, санаторії, інтернати тощо)

4. Порівняльний аналіз та узагальнення

Для цього етапу оцінки розроблено електронну анкету-запит зі збору інформації від різних стейкхолдерів у громадах (дані щодо кількості осіб, належних до груп, які можуть найбільше потребувати реабілітації, актуальні дані щодо інфраструктури та кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я, центрів соціальних послуг) та проведено узагальнений аналіз зібраної інформації (див. Додаток 3).

На основі зібраної інформації з різних джерел проведено триангуляцію даних, завдяки чому сформовано ключові висновки щодо потреби в реабілітації та АТ, наявних можливостей і викликів для розвитку реабілітації в громадах, а також сформульовано відповідні рекомендації.

Обмеження оцінки

Нижче наведено ряд обмежень даної оцінки:

- 1.** Перелік захворювань, що найчастіше призводять до потреби в реабілітації, базується на оцінці глобального тягаря захворювань, опублікованій у 2019 році Інститутом показників і оцінки здоров'я. Перелік не є вичерпним та може не включати певних захворювань, які також призводять до потреби в реабілітації (наприклад, цукровий діабет)¹².
- 2.** Як орієнтир чисельності населення в громаді у розрізі віку і статі використано перелік осіб, які мають укладені декларації станом на 31.12.2024 р. Хоча ці дані можуть не повністю відображати кількість населення та міграційні процеси, зокрема через повномасштабне вторгнення росії в Україну, на наш погляд, вони більш надійні, ніж останні доступні дані Держстату щодо чисельності наявного населення України станом на 1 січня 2022 року.
- 3.** Недостатня повнота та якість даних ЕКОЗ:
 - Масив даних для оцінки включав лише ту інформацію, яку медичні працівники внесли в медичні інформаційні системи. Імовірно, частина даних не була зафіксована зовсім або не перенесена з паперових медичних форм.
 - Імовірно, не всі дані були закодовані коректно (наприклад, у масиві багато записів «інші травми». Це може свідчити про те, що медичні працівники не завжди обирали максимально відповідні коди МКХ-10 або ICPC-2 при записі причин звернень).
 - Пацієнти, які потребували реабілітації, але не мали контакту із системою охорони здоров'я у 2024 році, не потрапили у вибірку масиву даних

¹² Global estimates of the Потребa в реабілітації based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019, Cieza, Alarcos et al. The Lancet, Volume 396, Issue 10267, 2006 - 2017

ЕСОЗ та не були охоплені цією оцінкою.

- Дані ЕСОЗ включають лише медичні записи закладів охорони здоров'я, які мають укладені договори із НСЗУ про медичне обслуговування населення. Хоча такі медичні заклади часто обслуговують більшість жителів громади, все ж певна кількість людей не потрапила до оцінки, оскільки вони є пацієнтами приватних медичних закладів, які надають послуги за кошти громадян.

4. Обмеження збору інформації методом глибинних інтерв'ю з ключовими стейкхолдерами:

- Потенційна упередженість: респонденти можуть мати власні упередження або фокусувати увагу на найбільш складних, але не найпоширеніших випадках, які потребують реабілітації, тому, їх точка зору може не повністю відображати ситуацію в громаді. Також ключові стейкхолдери могли потенційно давати відповіді, які, на їхню думку, є найбільш соціально-прийнятними з огляду на їхню посаду, що могло обмежити повноту отриманої інформації.
- Залежність від доступності респондентів: проведення інтерв'ю було можливим лише за погодженням зручного часу та способу зв'язку з ключовими стейкхолдерами, які мають щільний графік роботи та високу завантаженість.
- Ми також усвідомлюємо, що насичення даних не було досягнуто в рамках цієї оцінки.

5. Обмежені ресурси (людські, часові) для проведення оцінки.

Отже, дана оцінка не є репрезентативною для всієї України, а скоріше відображає ситуацію, актуальну для конкретного періоду часу та обраних громад. Результати цієї оцінки, а також відповідні рекомендації можуть бути тим чи іншим чином застосовними і в ширшому контексті до значної кількості громад, що відповідають окресленим характеристикам.

РЕЗУЛЬТАТИ



Загальна характеристика оцінюваних громад

Соціально-демографічні показники

До оцінки залучено невеликі периферійні громади з переважно сільським населенням. Зважаючи на малу вибірку – лише 10 громад, розкид за основними показниками буде значний.

8 із 10 громад за своїм типом є міськими і дві селищними (Близнюківська і Магдалинівська). Найбільші за площею Овруцька (1530 км²), Близнюківська (1380 км²), Менська (1000 км²). Найменші – Рожищенська (466 км²), Шумська (638 км²) та Липовецька (613 км²).

Кількість мешканців оцінюваних громад¹³ коливається між показниками 13,5 тис. осіб (Близнюківська) та 34 тис. осіб (Овруцька) (див. таб. 2). В усіх громадах жінок більше, ніж чоловіків (53-55%). Найчисельніша вікова група – 50-64 роки (20-25%). До дітей (0-17) належать 17-23% всіх мешканців громад.

Зважаючи на перевагу сільських жителів, громади охоплюють багато населених пунктів. Лідерами за їх кількістю є Близнюківська (97 н.п.) та Овруцька (91 н.п.) громади. Найменше населених пунктів у Кодимській (21 н.п.) і Шполянській (22 н.п.) громадах. Половина всього населення громад здебільшого проживає в центральному населеному пункті, а решта – в селах і селищах. Тож густота населення в громадах є низькою. Найбільш густонаселеними з-поміж оцінюваних громад є Рожищенська (57 осіб/км²) і Шполянська (39 осіб/км²), а найменшу густоту мають Близнюківська (10 осіб/км²), Менська (21 осіб/км²) та Магдалинівська (19 осіб/км²) громади.



Рисунок 2. Розподіл площі та густоти населення у 10 цільових громадах

За показниками фінансової спроможності¹⁴ (рис.4) більшість громад мають високий

¹³ Кількість укладених декларацій із лікарями ПМД станом на 31.12.2024 р. Віднесення особи до громади здійснювалося за адресою проживання, вказаною в декларації.

¹⁴ Методологія оцінювання передбачає розрахунок показників відповідної територіальної громади з використанням адаптованої моделі 10-бального тесту Кена Брауна. Оцінювання спроможності територіальних громад здійснено на основі звітних показників 2024 року по 1331 територіальній громаді за 11 показниками фінансової спроможності, розрахованих на підставі даних про чисельність населення та показників виконання

рівень (шість із десяти), оптимальний та задовільний (по дві громади відповідно). Тобто більшість громад належним чином забезпечують виконання основних завдань бюджетної політики та фінансування пріоритетних статей видатків, а також здатні надавати досить широкий спектр послуг своїм мешканцям, реалізовувати необхідні соціальні та інфраструктурні проекти, фінансувати програми місцевого розвитку тощо.



Рисунок 3. Рівень фінансової спроможності громад за підсумками 2024 р.

Відстань і час доїзду від найбільш віддалених населених пунктів до центру громади теж суттєво варіює – в Овруцькій громаді це близько 70 км та 1 год. 20 хв., тоді як в Таращанській – 20 км та 30 хв.

Загальний стан дорожнього покриття та транспортного сполучення у більшості громад (сім із десяти) респонденти оцінили як незадовільний. Із найбільш віддалених населених пунктів до центру громади громадський транспорт курсує:

- 1 раз / тиждень (4 громади),
- 2 -3 рази / тиждень (3 громади),
- щодня (3 громади).

У двох із десяти громад є автобуси, які здійснюють перевезення пасажирів, з місцями для крісел колісних, але таких автобусів недостатньо, щоб вони охоплювали всі маршрути. Проте респонденти зазначили, що такий транспорт не користується попитом серед цільової групи: «За два роки, що на маршруті курсує автобус із місцем для крісла колісного, цією пропозицією жодного разу не скористалася людина на кріслі колісному». Тож, імовірно, однією з причин малої мобільності людей на кріслах колісних є не лише брак відповідного громадського транспорту, але й низька доступність населених пунктів, де люди на кріслах колісних не мають змоги пересуватися. Також у трьох із десяти громад є соціальне таксі, яке надає послуги перевезення за попереднім замовленням для визначених груп населення (зокрема, людей із інвалідністю, з порушенням функціонування тощо). Респонденти цих громад відзначали, що попит на соціальне таксі значний.

Аналіз кількості вразливих груп населення в громадах показав:

- частка **людей із інвалідністю** коливається від 5.5% до 11.1%, найвища — в Овруцькій громаді,
- найвища частка **людей пенсійного віку (65+)** — у Менській (24.5%) і

Липовецькій (23.1%) громадах,

- найбільша кількість **внутрішньо переміщених осіб** (ВПО) — 4 тис. (29.5% від загальної чисельності населення) у Близнюківській громаді, розташованій найближче до лінії фронту. Майже 3 тис. ВПО (14%) у Менській громаді така ж кількість – у Шполянській громаді (10%). Найменше ВПО в Шумській, Овруцькій, Рожищенській громадах – менше 2% від чисельності населення,
- найбільше **ветеранів** у Близнюківській (5% від чисельності населення), Шполянській (4,6%) та Овруцькій (4,2%) громадах.

Враховуючи описані вище відмінності та особливості громад, необхідно застосовувати диференційований підхід при плануванні та впровадженні послуг реабілітації, щоб максимально ефективно задовольнити відповідні потреби населення.

Потреба в реабілітації

Оцінка за даними електронної системи охорони здоров'я

Аналіз масиву даних ЕСОЗ показав, що в середньому кожен П'ЯТИЙ мешканець досліджуваних громад (20%) мав у 2024 році хоча б одне захворювання, що потенційно викликало потребу в реабілітації (46 238 осіб із 228 018 осіб, які мали активні декларації з лікарями ПМД у цільових громадах). Найвищі показники потреби в реабілітації у Менській (2 845 на 10 тис. нас.) та Овруцькій (2 362 на 10 тис. нас.) громадах, найнижчі – у Таращанській громаді (1 421 на 10 тис. нас.). Детальний розподіл потреби в реабілітації за громадами подано у Таблиці 2.

Таблиця 2. Оціночна потреба в реабілітації на основі даних ЕСОЗ, 10 громад, 2024 р.

Область	Громада	Чисельність населення (за деклараціями станом на 31.12.2024), N	К-ть пацієнтів, які мали одне захворювання, що потенційно викликало потребу в реабілітації, N	Потреба в реабілітації у 2024 р. (на 10 тис. нас.), N
ЧЕРНІГІВСЬКА	МЕНСЬКА	21 206	6 034	2 845
ЖИТОМИРСЬКА	ОВРУЦЬКА	34 105	8 057	2 362
ВІННИЦЬКА	ЛИПОВЕЦЬКА	17 625	3 824	2 170
ДНІПРОПЕТРОВСЬКА	МАГДАЛИНІВСЬКА	17 596	3 788	2 153
ХАРКІВСЬКА	БЛИЗНЮКІВСЬКА	13 580	2 859	2 105
ВОЛИНСЬКА	РОЖИЩЕНСЬКА	26 541	5 085	1 916
ЧЕРКАСЬКА	ШПОЛЯНСЬКА	30 587	5 543	1 812
ОДЕСЬКА	КОДИМСЬКА	18 754	3 363	1 793
ТЕРНОПІЛЬСЬКА	ШУМСЬКА	23 645	4 221	1 785
КИЇВСЬКА	ТАРАЩАНСЬКА	24 379	3 464	1 421
Загальний підсумок		228 018	46 238	2 028

Статеві-віковий розподіл потреби в реабілітації наведено в Таблиці 3 нижче. Потреба зростає пропорційно віку. Чоловікам більше необхідна реабілітація порівняно з жінками майже у всіх вікових групах, крім вікової групи 65-79 р., де потреба в реабілітації для жінок вища.

Загалом 12 232 особи у віці 65+ років зверталися до закладів охорони здоров'я принаймні з одним захворюванням, що потенційно викликало потребу в реабілітації. Від загальної кількості задекларованих мешканців цієї вікової групи – це 26%. Тобто більш ніж кожен ЧЕТВЕРТИЙ у віці 65+ років потребували реабілітації у 2024 році.

Таблиця 3. Статеві-віковий розподіл оціночної потреби в реабілітації, 10 громад, 2024 р. (на 10 тис. нас.)

Вікові групи, роки	Жінки, N	Чоловіки, N
0-17	1 075	1 350
18-34	1 204	1 732
35-49	1 959	2 320
50-64	2 491	2 465
65-79	2 650	2 512
≥80	2 578	2 844

З-поміж восьми груп станів здоров'я, які за даними систематичного аналізу глобального тягаря захворювань¹⁵ найчастіше призводять до потреби в реабілітації, перше місце посідає група порушень кістково-м'язової системи – 59,3% пацієнтів цільових громад, які у 2024 році зверталися за медичною допомогою. Друге та третє місця - новоутворення (13,9%) та неврологічні розлади (10,5%) відповідно.

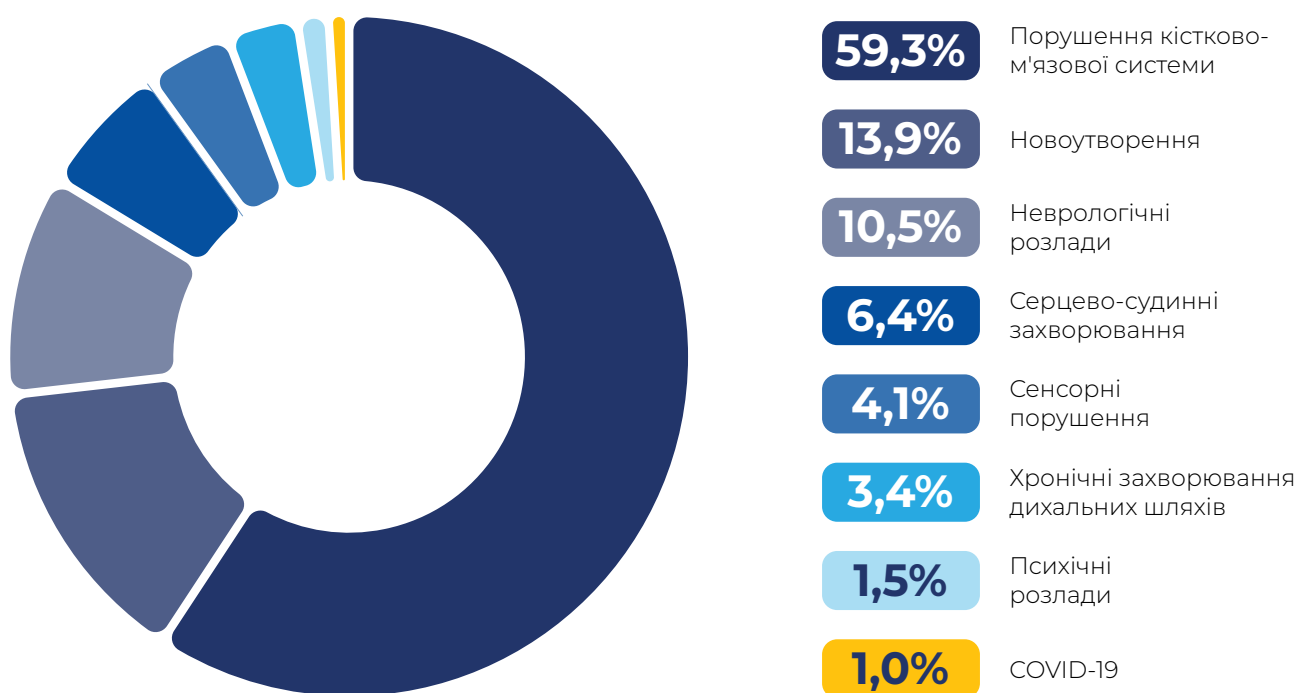


Рисунок 4. Розподіл груп станів здоров'я, щонайчастіше призводять до потреби в реабілітації за часткою пацієнтів цільових громад, які у 2024 році зверталися до медичних закладів

У таблиці нижче наведено потребу в реабілітації за групами станів здоров'я в розрізі громад у перерахунку на 10 тис. населення.

¹⁵ Global estimates of the Потребa в реабілітації based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019, Cieza, Alarcos et al. The Lancet, Volume 396, Issue 10267, 2006 – 2017

Таблиця 4. Оціночна потреба в реабілітації за групами станів здоров'я, 10 громад, 2024 р. (на 10 тис. нас., кількість звернень)

Громада	Поруш. кістково- м'язової системи, N	Ново- утво- рення, N	Невро- лог. роз- лади, N	ССЗ, N	Сенсорні пору- шення, N	Хроніч- ні захв. дих. шляхів, N	Пси- хічні розла- ди, N	COVID-19, N
МЕНСЬКА	2 899	586	540	330	167	124	105	67
ОВРУЦЬКА	2 270	492	516	407	191	167	43	35
БЛИЗНЮКІВСЬКА	2 134	496	490	125	324	110	60	3
МАГДАЛИНІВСЬКА	2 108	521	261	109	168	182	61	21
ЛИПОВЕЦЬКА	2 061	413	620	210	101	74	40	НД*
РОЖИЩЕНСЬКА	1 962	347	388	257	124	47	28	60
КОДИМСЬКА	1 896	335	268	185	89	26	46	29
ШУМСЬКА	1 800	495	196	165	87	203	71	24
ШПОЛЯНСЬКА	1 573	574	235	104	111	71	35	34
ТАРАЩАНСЬКА	1 134	328	281	103	66	98	21	22

* Дані виключено з оцінки через непропорційно високі показники.

Порушення кістково-м'язової системи

За кількістю звернень в абсолютних значеннях та в розрахунку на 10 тис. населення найбільш поширеними є інші травми (найвищі показники у Менській і Кодимській громадах), остеоартроз (найвищі показники в Овруцькій та Менській громадах), переломи (найвищий показник у Менській громаді) (детальніше див. таб.5).

Лідерами за рівнем реєстрації більшості діагнозів є Менська, Близнюківська, Рожищенська та Липовецька громади. В кожній із них є лікарні, які надають стаціонарні та амбулаторні послуги реабілітації за відповідними пакетами НСЗУ. Тож, імовірно, вищі показники потреби в реабілітації в цих громадах – це свідчення кращого обліку та введення інформації в ЕСОЗ, аніж гіршої епідемічної ситуації в цих громадах порівняно з іншими.

В Овруцькій громаді також наявна лікарня, яка надає стаціонарні та амбулаторні послуги реабілітації, проте вона посідає перше місце за кількістю пацієнтів із остеоартрозом і третє місце за ревматоїдним артритом. У решті захворювань цієї групи лікарня суттєво нижче в рейтингу.

Важливо відзначити, що Кодимська громада, в лікарні якої немає послуг стаціонарної та амбулаторної реабілітації, все ж посідає перше місце за кількістю ампутацій і друге місце за кількістю інших травм. Такі високі показники за цими захворюваннями можна пояснити присутністю на території громади військової частини, військовослужбовці якої отримали ушкодження внаслідок війни.

Найнижчі показники за майже всіма захворюваннями групи – в Таращанській громаді. Ймовірно, це свідчить про недостатнє виявлення захворювань або ж обмежене внесення даних у ЕСОЗ.

Таблиця 5. Оціночна потреба в реабілітації у пацієнтів із захворюваннями кістково-м'язової системи, 10 громад, 2024 р. (на 10 тис. нас., кількість звернень)

Громада	Інші травми, N	Остео-артроз, N	Переломи, N	Біль у попереку, N	Біль у шиї, N	Ревм. артрит, N	Ампутація, N
БЛИЗНЮКІВСЬКА	808,5	604,6	219,4	356,4	94,3	48,6	2,2
КОДИМСЬКА	942,7	556,7	236,7	92,2	32,0	31,5	3,7
ЛИПОВЕЦЬКА	788,1	709,8	270,1	232,1	23,8	35,7	1,7
МАГДАЛИНІВСЬКА	797,9	707,0	210,3	191,0	175,0	26,1	1,1
МЕНСЬКА	994,1	1013,4	460,7	293,3	87,7	46,7	2,8
ОВРУЦЬКА	767,6	1115,7	232,8	65,7	42,8	45,2	0,6
РОЖИЩЕНСЬКА	848,1	440,1	316,5	274,3	47,1	33,9	1,9
ТАРАЩАНСЬКА	608,3	239,6	207,1	43,9	9,8	24,6	0,4
ШПОЛЯНСЬКА	698,0	511,0	274,6	37,9	18,0	33,0	0,7
ШУМСЬКА	771,8	524,0	279,6	142,9	47,4	33,4	0,8

Новоутворення

У цій групі захворювань спостерігається суттєва різниця за статтю: жінок, які зверталися до медичних закладів у 2024 році із новоутвореннями, майже вдвічі більше, ніж чоловіків. Найбільші показники за цією групою захворювань серед жінок – у мешканок Шполянської, Менської та Шумської громад, а серед чоловіків – у мешканців Менської, Близнюківської та Магдалинівської громад.

Таблиця 6. Оціночна потреба в реабілітації пацієнтів із новоутвореннями, 10 громад, 2024 р. (розподіл за статтю, на 10 тис. нас., кількість звернень)

Громада	Жінки, N	Чоловіки, N
БЛИЗНЮКІВСЬКА	583,3	396,0
КОДИМСЬКА	417,8	240,0
ЛИПОВЕЦЬКА	471,3	344,2
МАГДАЛИНІВСЬКА	657,0	360,6
МЕНСЬКА	724,5	422,7
ОВРУЦЬКА	656,4	299,4
РОЖИЩЕНСЬКА	407,1	278,7
ТАРАЩАНСЬКА	369,7	279,9
ШПОЛЯНСЬКА	757,7	351,6
ШУМСЬКА	690,3	276,1

Неврологічні розлади

Три найбільш розповсюджені захворювання групи неврологічних розладів – це дитячий церебральний параліч (ДЦП), черепно-мозкова травма (ЧМТ) та інсульт (див. таблицю нижче). Найвищі показники за захворюваннями цієї групи – в Менській, Близнюківській і Рожищенській громадах. Найнижчі – в Шполянській.

Таблиця 7. Оціночна потреба в реабілітації пацієнтів із неврологічними розладами, 10 громад, 2024 р. (на 10 тис. нас., кількість звернень)

Громада	ДЦП, N	ЧМТ, N	Ін-сульт, N	Синдр. Гіє-на-Бар-ре, N	Захв. рухо-вих нейро-нів, N	Хво-роба Паркін-сона, N	Розсі-яний скле-роз, N	TSM, N	Хвороба Альц-геймера та деменція, N
БЛИЗНЮКІВСЬКА	337,3	42,0	30,9	23,6	23,6	11,8	11,8	8,1	0,7
КОДИМСЬКА	111,4	38,4	63,5	18,7	19,2	9,6	2,7	3,2	1,6
ЛИПОВЕЦЬКА	186,7	28,4	28,4	НД*	НД*	13,0	12,5	0	2,8
МАГДАЛИНІВСЬКА	147,8	56,3	36,9	1,1	0,6	7,4	8,0	1,7	1,7
МЕНСЬКА	328,7	71,2	55,2	20,3	19,8	28,8	9,4	5,2	1,4
ОВРУЦЬКА	399,1	50,7	23,8	4,1	4,4	15,2	10,6	2,3	5,6
РОЖИЩЕНСЬКА	229,5	50,5	67,8	4,5	4,5	12,4	13,6	3,0	1,9
ТАРАЩАНСЬКА	155,1	32,8	36,9	13,5	13,5	18,5	7,0	2,9	0,4
ШПОЛЯНСЬКА	138,0	40,2	27,5	4,9	4,6	11,8	7,5	0,7	0,3
ШУМСЬКА	99,8	32,6	25,4	3,8	3,8	11,0	7,2	5,5	6,8

*Дані виключено з оцінки через непропорційно високі показники.

Найбільша кількість пацієнтів із ДЦП в 10 громадах спостерігається серед осіб, старших за 65 років. Кількість ЧМТ суттєво вища серед чоловіків віком 18-49 років, що свідчить про зв'язок цих травм із наслідками війни. Інсульт частіше зустрічався в чоловіків, кількість випадків суттєво зростала у віці 50 років і старше. В таблиці нижче представлено статеві-віковий розподіл серед пацієнтів із ДЦП, ЧМТ та інсультом у 10 громадах. Дані були зафіксовані в ЕСОЗ у 2024 році в перерахунку на 10 тис. населення.

Таблиця 8. Статеві-віковий розподіл серед пацієнтів із ДЦП, ЧМТ та інсультом у 10 громадах, 2024 р. (на 10 тис. нас., кількість звернень)

Вікові групи, роки	ДЦП		ЧМТ		Інсульт	
	Жінки, N	Чоловіки, N	Жінки, N	Чоловіки, N	Жінки, N	Чоловіки, N
0-17	119,8	137,7	25,2	34,0	0,0	0,0
18-34	145,3	162,2	16,3	123,1	1,6	3,4
35-49	193,1	224,2	20,7	125,3	8,7	16,8
50-64	259,5	254,9	17,0	58,6	30,1	83,2
65-79	342,9	244,8	14,5	20,5	82,3	133,0
≥80	348,8	340,6	17,8	15,8	154,0	166,3

Серцево-судинні захворювання

До групи серцево-судинних захворювань включені: серцева недостатність і гострий інфаркт міокарда. Найвищі показники за кількістю пацієнтів із серцевою недостатністю – в Овруцькій та Менській громадах, тоді як пацієнтів із гострим інфарктом міокарда найбільше в Менській, Магдалинівській та Кодимській громадах. Важливо також відзначити, що сумарно в 10 громадах серцева

недостатність була зафіксована у жінок і чоловіків майже порівну (52% у жінок та 48% у чоловіків). Проте гострий інфаркт міокарда частіше спостерігався у чоловіків – 64% порівняно з 36% у жінок.

Таблиця 9. Оціночна потреба в реабілітації пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями, 10 громад, 2024 р. (розподіл за статтю, на 10 тис. нас., кількість звернень)

Громада	Серцева недостатність		Гострий інфаркт міокарда	
	Жінки, N	Чоловіки, N	Жінки, N	Чоловіки, N
БЛИЗНЮКІВСЬКА	103,9	130,4	2,8	15,7
КОДИМСЬКА	154,9	180,6	11,0	26,3
ЛИПОВЕЦЬКА	203,2	193,2	6,3	18,6
МАГДАЛИНІВСЬКА	72,6	108,7	11,6	28,4
МЕНСЬКА	300,4	317,8	12,2	32,9
ОВРУЦЬКА	398,4	386,5	7,6	22,2
РОЖИЩЕНСЬКА	219,7	262,5	15,5	20,3
ТАРАЩАНСЬКА	77,9	100,1	13,0	17,7
ШПОЛЯНСЬКА	81,9	100,3	10,2	18,0
ШУМСЬКА	160,2	158,6	4,8	7,2

Сенсорні порушення

Майже у всіх громадах (сім із десяти) втрата зору спостерігалася частіше в жінок, ніж у чоловіків. Однак ситуація протилежна зі зниженням слуху, яке суттєво більше притаманне чоловікам у всіх 10 громадах. Найбільше пацієнтів із втратою зору в Близнюківській громаді, тоді як зниження слуху найбільше зафіксовано серед пацієнтів Менської, Овруцької та Шполянської громад.

Таблиця 10. Оціночна потреба в реабілітації пацієнтів із сенсорними порушеннями, 10 громад, 2024 р. (розподіл за статтю, на 10 тис. нас., кількість звернень)

Громада	Втрата зору		Зниження слуху	
	Жінки, N	Чоловіки, N	Жінки, N	Чоловіки, N
БЛИЗНЮКІВСЬКА	255,0	210,6	40,2	146,2
КОДИМСЬКА	48,0	22,9	27,0	81,2
ЛИПОВЕЦЬКА	29,3	18,6	41,9	117,6
МАГДАЛИНІВСЬКА	147,4	98,8	20,0	70,4
МЕНСЬКА	62,7	54,5	81,0	139,9
ОВРУЦЬКА	104,0	69,9	66,4	144,3
РОЖИЩЕНСЬКА	66,9	58,3	43,7	80,2
ТАРАЩАНСЬКА	21,4	23,9	19,1	71,8
ШПОЛЯНСЬКА	11,4	11,6	73,5	132,1
ШУМСЬКА	20,0	23,3	30,4	104,0

Хронічні захворювання дихальних шляхів

У дев'яти громадах хронічне обструктивне захворювання легень значно частіше фіксувалося в чоловіків, ніж у жінок. Винятком є Таращанська громада – 100,8 на 10 тис. жінок та 95,7 на 10 тис. чоловіків.

Таблиця 11. Оціночна потреба в реабілітації пацієнтів із хронічними захворюваннями дихальних шляхів, 10 громад, 2024 р. (розподіл за статтю, на 10 тис. нас., кількість звернень)

Громада	Хронічне обструктивне захворювання легень	
	Жінки, N	Чоловіки, N
БЛИЗНЮКІВСЬКА	73,4	150,9
КОДИМСЬКА	16,0	36,6
ЛИПОВЕЦЬКА	55,5	96,6
МАГДАЛИНІВСЬКА	121,1	254,4
МЕНСЬКА	97,5	154,3
ОВРУЦЬКА	143,1	195,1
РОЖИЩЕНСЬКА	21,1	76,2
ТАРАЩАНСЬКА	100,8	95,7
ШПОЛЯНСЬКА	44,2	104,0
ШУМСЬКА	178,6	230,3

Психічні розлади

До групи психічних розладів включено три захворювання: порушення інтелектуального розвитку, розлад аутистичного спектру та шизофренія.

Найбільш поширеними станами є порушення інтелектуального розвитку. Однак при порівнянні даних різних громад слід враховувати, що показники за цією групою розладів формуються на основі діагнозів психіатрів і суттєво залежать від доступності цих послуг. Таким чином, необхідно орієнтуватися на потреби громад із найвищими показниками. А дані громад із найнижчими показниками необхідно інтерпретувати з урахуванням невиявлених станів.

Таблиця 12. Оціночна потреба в реабілітації пацієнтів із психічними розладами, 10 громад, 2024 р (на 10 тис. нас., кількість звернень)

Громада	Порушення інтелектуального розвитку, N	Розлад аутистичного спектру, N	Шизофренія, N
БЛИЗНЮКІВСЬКА	57,4	1,5	1,5
КОДИМСЬКА	45,9	0,5	
ЛИПОВЕЦЬКА	32,3	1,1	6,2
МАГДАЛИНІВСЬКА	51,1		10,2
МЕНСЬКА	99,0	5,7	
ОВРУЦЬКА	39,9	3,2	0,3
РОЖИЩЕНСЬКА	23,0	4,5	
ТАРАЩАНСЬКА	18,9	1,6	
ШПОЛЯНСЬКА	30,7	3,6	0,7
ШУМСЬКА	57,5	5,9	8,0

COVID-19

Найбільші показники за кількістю пацієнтів із COVID-19 зафіксовано серед мешканців Менської та Рожищенської громад. Майже не реєструвалося це захворювання в 2024 році у мешканців Близнюківської громади.

Таблиця 13. Оціночна потреба в реабілітації пацієнтів із COVID-19, 10 громад, 2024 р. (розподіл за статтю, на 10 тис. нас., кількість звернень)

Громада	COVID-19	
	Жінки, N	Чоловіки, N
БЛИЗНЮКІВСЬКА	2,8	3,1
КОДИМСЬКА	29,0	29,7
ЛИПОВЕЦЬКА	НД*	НД*
МАГДАЛИНІВСЬКА	23,2	18,5
МЕНСЬКА	84,5	47,3
ОВРУЦЬКА	43,5	25,4
РОЖИЩЕНСЬКА	69,0	50,2
ТАРАЩАНСЬКА	25,2	17,7
ШПОЛЯНСЬКА	38,2	28,2
ШУМСЬКА	23,2	25,1

*Дані виключено з оцінки через непропорційно високі показники.

Оцінка за результатами інтерв'ю з ключовими стейкхолдерами

Глибинні напівструктуровані інтерв'ю підтвердили результати аналізу даних ЕСОЗ. Серед найбільш поширених станів/захворювань, які призводять до потреби в реабілітації, респонденти називали:

- порушення кістково-м'язової системи (контрактури, артрози, дорсопатії, травми війни),
- неврологічні розлади (зокрема, наслідки інсульту),
- серцево-судинні захворювання,
- онкологічні захворювання.

Рідше респонденти згадували:

- легеневі захворювання,
- хворобу Паркінсона
- порушення зору,
- порушення слуху.

Однією з перших цільових груп для реабілітації називали ветеранів російсько-української війни. Хоча за чисельністю ця група менша за інші, що потребують реабілітації (наприклад, люди пенсійного віку), соціальний запит на розвиток послуг саме для ветеранів тепер у громадах є найвищим.

Ключові потреби в реабілітації для ветеранів, названі респондентами:

- реабілітація після поранень, ампутацій,
- психологічна та соціальна реабілітація,
- легкі черепно-мозкові травми (контузії).

Наступні 3 цільові групи для реабілітаційних послуг у громаді, які найчастіше згадували респонденти:

- діти з порушенням розвитку, зокрема з інвалідністю,
- люди пенсійного віку,
- люди з інвалідністю.

Потреба в асистивних технологіях

Асистивні технології, зокрема допоміжні засоби реабілітації (ДЗР), відіграють ключову роль у забезпеченні гідного життя та благополуччя людей із порушенням функціонування. Вони дозволяють зберігати або відновлювати мобільність, самообслуговування, спілкування і незалежність, сприяючи участі в житті родини, громади та суспільства. Доступ до цих засобів є необхідною умовою для реабілітації, соціальної інтеграції та економічної активності осіб із інвалідністю або з тимчасовими обмеженнями функцій.

До допоміжних засобів реабілітації належать¹⁶:

- протезно-ортопедичні вироби (протези та ортези верхніх і нижніх кінцівок, ортези на хребет, ортопедичне взуття),
- спеціальні засоби для самообслуговування та догляду (як, наприклад, протипролежневі подушки, крісла-стілці з гігієнічним отвором, сидіння для душу тощо),
- допоміжні засоби для особистої рухомості, переміщення та підйому (зокрема, палиці, милиці, ходунки),
- засоби для пересування (крісла колісні, підйомники пересувні та стаціонарні),
- меблі та оснащення (столи, стійки, вертикалізатори, ліжка, протипролежневі матраци, шведські стінки тощо),
- спеціальні засоби для орієнтування, спілкування та обміну інформацією (мобільні телефони, планшети, годинники, диктофони, аудіоплеєри тощо).

Із 2023 року було впроваджено спрощений механізм отримання ДЗР згідно з оновленими нормативними актами Міністерства соціальної політики України та наказами МОЗ. Наразі ДЗР безоплатно може отримати будь-який громадянин України, незалежно від статусу та віку, за наявності медичних показань до користування цими засобами.

Механізми отримання ДЗР різняться залежно від часу користування ним – тимчасово або постійно.

ДЗР для тимчасового користування: на етапі проходження стаціонарної реабілітації в закладі охорони здоров'я, що надає послуги за ПМГ, пацієнт

¹⁶ Постанова Кабінету Міністрів України №321, від 05.04.2012 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/321-2012-%D0%BF#Text>

може безоплатно отримати ДЗР у кабінеті АТ реабілітаційного відділення. Мультидисциплінарна реабілітаційна команда (МДРК) визначає та фіксує потребу в ДЗР для пацієнта в його індивідуальному реабілітаційному плані (ІРП).

Всі 4 громади (Близнюківська, Липовецька, Менська, Овруцька), заклади охорони здоров'я, що надають стаціонарні реабілітаційні послуги за відповідним пакетом НСЗУ, вказали наявність діючих **кабінетів асистивних технологій**¹⁷ та можливість забезпечити пацієнтів необхідними ДЗР на період проходження лікування. В решти 6 оцінюваних громад кабінетів асистивних технологій при лікарнях немає. Проте існує певний запас найбільш поширених ДЗР (крісла колісні, милиці, ортези серійного виробництва тощо), які отримує пацієнт у тимчасове користування на час проходження лікування.

ДЗР для постійного користування: можуть отримати не лише особи з інвалідністю, але будь-хто, якщо визначено потребу за медичними показаннями. Висновок про потребу можуть надати:

- МДРК,
- лікарсько-консультативна комісія (ЛКК),
- військово-лікарська комісія (ВЛК),
- лікарсько-експертна комісія ДСНС.

Після цього експертні команди з оцінювання повсякденного функціонування особи надають витяг із рішенням та рекомендаціями.

Надалі особа має подати документи на отримання ДЗР, і зробити це можна:

- очно (через центр надання адміністративних послуг (ЦНАП); орган соціального захисту населення; територіальне відділення Фонду соціального захисту осіб із інвалідністю)
- дистанційно (через електронний кабінет особи з інвалідністю; Єдиний державний вебпортал електронних послуг, вебпортал електронних послуг Мінсоцполітики).

За цим механізмом людина може самостійно обрати підприємство для виготовлення ДЗР або ж особисто придбати ДЗР та отримати компенсацію в межах граничної ціни на відповідний засіб, затвердженої Мінсоцполітики.

Респонденти оцінюваних громад вказували, що середній час отримання ДЗР після подання відповідного запиту та його схвалення триває від 3 тижнів до місяця. Подальше обслуговування та заміна ДЗР здійснюється через територіальні відділення фонду соціального захисту в громаді.

Також отримати ДЗР можна у **пунктах безкоштовного прокату ДЗР**¹⁸, які діють при територіальних центрах надання соціальних послуг у громадах. Ці пункти надають тимчасове користування ДЗР для осіб, які потребують короткострокової реабілітації або очікують на постійне забезпечення засобами. Поповнення фонду ДЗР у пунктах прокату здійснюється здебільшого за рахунок гуманітарної допомоги від міжнародних організацій та місцевих благодійних фондів чи громадських організацій.

Респонденти більшості громад (8 із 10) вказували, що пункти прокату досить

¹⁷ Порядок функціонування кабінетів асистивних технологій регулюється наказом МОЗ [№1338](#) від 21.07.2023

¹⁸ Типове положення про пункти прокату технічних та інших засобів реабілітації регулюється наказом Міністерства соціальної політики України [№964](#) від 28.09.2015

швидко роздають отримані надходження ДЗР і наразі мають дефіцит за найчастіше запитуваними позиціями:

- палиці, зокрема три- та чотириопорні,
- ходунки-рамки, особливо чотириточкові (значно менший попит на ходунки на колесах, які вимагають більшої сили в руках),
- крісла колісні,
- милиці, в тому числі ліктьові.

Рідше респонденти (3 із 10 громад) називали потребу в таких ДЗР:

- функціональні ліжка, протипролежневі матраци,
- крісла-стілці (туалетні),
- слухові апарати,
- гігієнічні витратні матеріали, зокрема, підгузки,
- окуляри,
- ортопедичне взуття, зокрема, для дітей,
- адаптивний посуд.

Респонденти також зазначили, що їм не відомі випадки упередженого ставлення до використання ДЗР та вагань осіб, які їх потребують.

Хоча, за словами респондентів, ключові громадські простори (ЦНАПи, медичні заклади, аптеки, банки, великі супермаркети) в громаді мають базові ознаки доступності (пандуси, ліфти), проте вулично-дорожні мережі здебільшого не є безбар'єрними. З огляду на це, люди з порушеннями мобільності не можуть самостійно вільно пересуватися в межах громади, навіть використовуючи ДЗР.

Інфраструктурний та кадровий потенціал у громадах

У цьому розділі наведено аналіз десяти оцінюваних громад у розрізі рівнів надання реабілітаційних послуг за рамковою структурою «Реабілітація в охороні здоров'я» (рис. 5). Ця піраміда є основою для інструменту STARS (Strategic Toolkit for Assessing Risks), який допомагає на національному і місцевому рівнях швидко оцінити ризики для громадського здоров'я, щоб планувати та визначати пріоритети при підготовці до надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я¹⁹.

¹⁹ Rehabilitation in health systems: guide for action, WHO, 2021 <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515986>

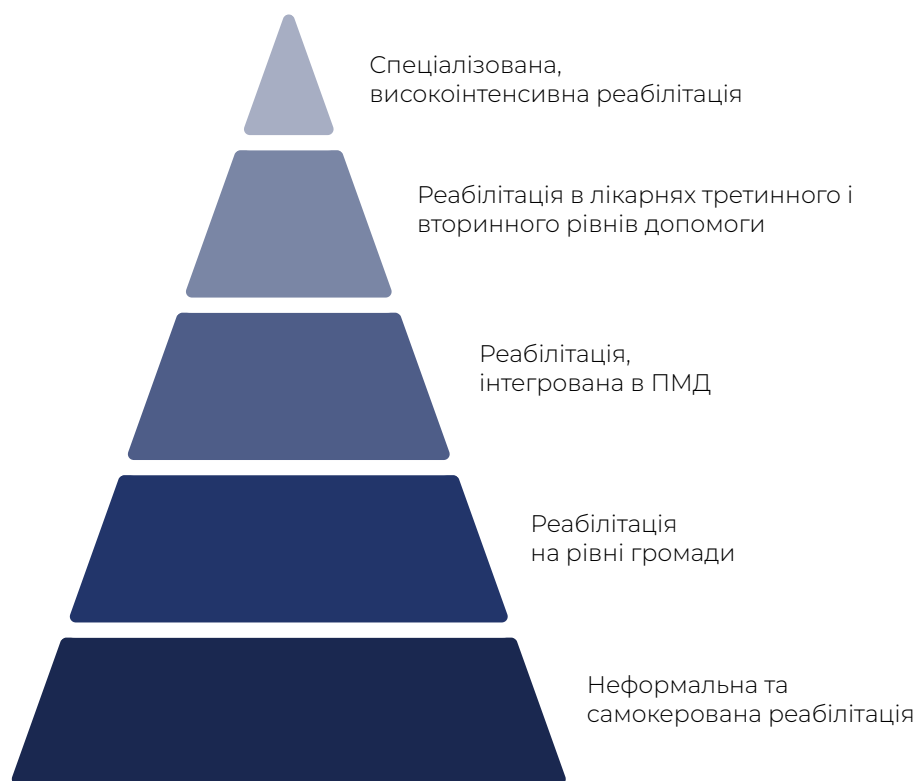


Рисунок 5. Реабілітація в охороні здоров'я¹⁹

СПЕЦІАЛІЗОВАНА, ВИСОКОІНТЕНСИВНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

Цей рівень допомоги доступний на національному та регіональному рівнях. У громадах, що оцінювалися (невеликі периферійні громади зі значною часткою сільського населення), немає закладів охорони здоров'я, які надавали б високоспеціалізовані послуги на третинному рівні допомоги.

РЕАБІЛІТАЦІЯ В ЛІКАРНЯХ ТРЕТИННОГО І ВТОРИННОГО РІВНІВ ДОПОМОГИ

В оцінюваних громадах – це послуги стаціонарної та амбулаторної допомоги, які надають МДРК відповідних відділень. Також це послуги окремих фахівців із реабілітації, які працюють у кабінетах реабілітації на базі лікарень, що належать громадам.

РЕАБІЛІТАЦІЯ, ІНТЕГРОВАНА В ПМД

Послуги з реабілітації, які надають фахівці ПМД та/або фахівці з реабілітації. В оцінюваних громадах у жодному із закладів ПМД не працюють фахівці з реабілітації. Послуги з реабілітації, які надають лікарі ПМД, – це переважно виявлення потреби та видача направлення на амбулаторні послуги реабілітації або до вузькопрофільного фахівця (наприклад, невролога, лікаря ФРМ).

РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ПОСЛУГИ НА РІВНІ ГРОМАДИ

У цій піраміді на даному рівні йдеться про послуги довготривалої фази реабілітації, які є частиною спеціалізованої допомоги, але інтегровані в інші медичні та соціальні програми громади. Надавати їх можуть фахівці з реабілітації індивідуально або в команді. У громадах це можуть бути центри надання соціальних послуг, відділення довготривалого догляду, ветеранські простори, інклюзивно-ресурсні центри (ІРЦ), школи, спортивні зали тощо. Здебільшого в цих установах або зовсім немає відповідних посад у штатному розписі, або ж такі вакансії відкриті.

НЕФОРМАЛЬНА ТА САМОКЕРОВАНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

Це форма догляду, а не реабілітаційні послуги, що передбачає самостійну залученість пацієнта, без фахівців. Приклади цього рівня реабілітації в оцінюваних громадах включають: самостійні заняття фізичними вправами, менторство за принципом «рівний рівному», групи самодопомоги тощо.

Далі більш детально описано послуги, інфраструктурний та кадровий потенціал закладів, які надають послуги реабілітації в обраних громадах.

Спеціалізована медична допомога

У 4 із 10 громад заклади охорони здоров'я надають стаціонарні та амбулаторні послуги реабілітації за ПМГ (Близнюківська, Липовецька, Менська, Овруцька громади). В Липовецькій громаді ці послуги доступні не в лікарні, яка належить громаді (Липовецька міська лікарня), а в лікарні обласного підпорядкування, яка розташована на території міста Липовець (Липовецька обласна лікарня відновного лікування дітей). Цей медзаклад надає реабілітаційні послуги всім віковим групам та не лише мешканцям громади, але й пацієнтам з усієї України.

Ще в одній громаді – Рожищенській – місцева лікарня має договір із НСЗУ на надання амбулаторних послуг реабілітації, проте стаціонарних послуг не надає. Найближчі медичні заклади зі стаціонарною реабілітацією розташовані в обласному центрі – м. Луцьк (на відстані 58 км, доїзд – близько 1 год 14 хв).

У 3 громадах (Кодимська, Магдалинівська, Таращанська) на базі місцевих лікарень у відповідь на значний попит мешканців громади створені та діють **кабінети реабілітації**. Там надають послуги як пацієнтам, які перебувають на стаціонарному лікуванні у різних відділеннях лікарень, так і тим, хто лікується амбулаторно. Поки що ці громади не мають змоги залучити достатню кількість фахівців із реабілітації, щоб сформувати МДРК, та не володіють фінансовими ресурсами для оснащення реабілітаційних відділень відповідно до вимог НСЗУ. Тому реабілітаційні послуги в таких кабінетах надає за кошти закладу переважно середній медичний персонал і фахівці з реабілітації (перелік фахівців наведено у таблиці 14).



Рисунок 6. Надання послуг в кабінеті реабілітації. Магдалинівська громада

Ще в 2 громадах (Шполянська і Шумська) на базі місцевих лікарень немає ні відділень амбулаторної реабілітації, ні відповідних кабінетів. На момент візитів у ці громади в місцевих лікарнях готувалися до відкриття кабінетів реабілітації на базі фізіотерапевтичних кімнат. Найближчі послуги реабілітації для мешканців Шполянської та Шумської громад можна отримати в кластерних лікарнях, віддаленість і час доїзду до яких становить близько 40-55 км та 45-70 хв відповідно.

Також респонденти 5 громад наголошували на фізіотерапії – електростимуляція, ультразвукова терапія тощо – як одному з ключових елементів амбулаторних реабілітаційних послуг, які вони надають, хоча ці методи мають обмежену або відсутню доказовість. Також ці послуги не оплачуються в межах відповідних пакетів ПМГ.

У таблиці нижче наведено кількість і склад фахівців, які надають послуги реабілітації в лікарнях громад. Середній вік фахівців із реабілітації коливається від 37 до 46 років.

Таблиця 14. Кількість фахівців із реабілітації у комунальних закладах охорони здоров'я, 10 громад, 2025 р.

Перелік посад (N фіз. осіб)	БЛИЗ-НЮКИ	КОДИ-МА	ЛИПОВЕЦЬ	МАГДА-ЛИНІВ-КА	МЕНА	ОВРУЧ	РОЖИ-ЩЕ	ТАРА-ЩА	ШПО-ЛА	ШУМСЬК
Діючий підрозділ, що надає послуги реабілітації	відді-лення	кабінет	відді-лення*	кабінет	відді-лення	відді-лення	відді-лення	кабінет	-	-
лікар ФРМ	5	1	5	1	3	4	2	1		2
фізичний терапевт	5		4		3	4	3			
ерготерапевт	2		2		2	4	3			
терапевт мови та мовлення або логопед	2		2		1	2	1			1
протезист-ортезист						1				
психолог (клінічний)	2	1	2	1	2	4	2	1		1
психотерапевт			0							
асистент фізичного терапевта	5	1	4		3	2	2	1		
асистент ерготерапевта	2	1	2		2	3	2	1		
сестра медична з реабілітації			2	1	8	7				
лікар-фізіотерапевт						1				
брат/сестра медична з ЛФК				1						
брат/сестра медична з масажу	1			2						
брат/сестра медична з фізіотерапії						2	1	1		
інструктор масажист з ЛФК та реабілітації				1						
кейс-менеджер						1				
Загальна к-ть фахівців із реабілітації, які працюють у громаді (N, фіз. осіб)	24	4	23	7	24	35	16	5	-	4
Середній вік фахівців із реабілітації (роки)	37	60	34	38	46	37	45	41	-	43

* У Липовецькій громаді амбулаторні послуги реабілітації надаються в Липовецькій обласній лікарні відновного лікування дітей, частка мешканців громади серед усіх пацієнтів становить близько 15%. Також у Липовецькій громаді діє КНП «Липовецька міська лікарня» Липовецької міської ради Вінницького району Вінницької області, яка має статус лікарні на рівні громади. Цей ЗОЗ не має укладених договорів із НСЗУ за пакетами ПМГ №33 (Стационарна реабілітація) та №19 (Амбулаторна реабілітація), проте в закладі працює лікар фізичної та реабілітаційної медицини, який надає послуги в межах пакета ПМГ №9 (Амбулаторна медична допомога).

Щодо кадрового потенціалу важливо відзначити, що за даними Єдиної державної електронної бази з питань освіти (ЄДЕБО), станом на 2025 рік в Україні діють 56 бакалаврських та 41 магістерська освітні програми за спеціальністю 227 «Терапія та реабілітація»²⁰. Згідно з дослідженням, проведеним у 2024 р. Національним університетом «Києво-Могилянська академія» щодо стану кадрового забезпечення системи реабілітації в сфері охорони здоров'я в Україні²¹, впродовж 2017-2023 років диплом бакалавра за цією спеціальністю отримали 9 613 осіб, а магістра — 7 103 особи. Станом на початок 2024 року ще 10 370 осіб продовжували навчання. Попри це, рівень працевлаштування залишається недостатнім, дослідження показує, що лише 33% фахівців працевлаштовані за спеціальністю в комунальних закладах охорони здоров'я. Це може бути зумовлено переходом випускників у дотичні сфери, зокрема, фітнес, спортивні тренування, надання масажних послуг та інші напрямки поза межами доказової реабілітаційної практики.

Потреба в навчанні та розвитку додаткових навичок серед опитаних фахівців із реабілітації чітко не сформульована. На запитання щодо потреби в додатковому навчанні респонденти не могли перелічити напрямки або тематики, де вони прагнули би поглибити знання. В окремих випадках озвучували потребу навчитися працювати з травмами війни (ампутації, мінно-вибухові травми).

Первинна медична допомога

Первинна медична допомога в 9 громадах надається відповідними центрами, які є комунальною власністю громади, ще в 1 громаді (Близнюківська) структурний підрозділ ПМД входить до складу Близнюківської центральної районної лікарні. В 6 із 10 громад також діють приватні медичні заклади, які надають послуги ПМД за угодами із НСЗУ, вони здебільшого охоплюють не більше 15% мешканців громади. Винятком є Близнюківська громада – в ній частка укладених декларацій у приватних медичних закладах становить близько 40%.

Більшість оцінюваних громад мають розгалужену мережу амбулаторій ПМД: 4-6 амбулаторій. Найменше в Шумській громаді – 2. Найбільш віддалені від амбулаторій ПМД населені пункти розташовані в Овруцькій, Близнюківській та Шумській громадах – 40-30 км. З огляду на віддаленість та погане дорожнє покриття, час доїзду до амбулаторій від цих населених пунктів складає орієнтовно від 40 хв до 1 години.

Відповідно до чинних нормативно-правових актів²², фахівці ПМД надають низку послуг, що мають реабілітаційну складову або є дотичними до реабілітації. Їхня роль полягає переважно в тому, щоб виявити потребу в реабілітації на ранньому етапі, а також організувати подальший маршрут пацієнта, забезпечити супровід у процесі відновлення.

Основні функції лікарів ПМД у сфері реабілітації:

- **Оцінка стану пацієнта.** Визначення потреби в реабілітаційній допомозі на основі клінічного стану пацієнта.
- **Направлення на реабілітацію.** Формування електронного направлення на амбулаторні послуги реабілітації або до вузькопрофільного фахівця.
- **Координація реабілітаційного маршруту.** Співпраця з мультидисциплінарною командою фахівців для забезпечення безперервності та ефективності реабілітаційного процесу.

²⁰ ЄДЕБО <https://registry.edbo.gov.ua/search/>

²¹ Науково-практичний журнал «Україна. Здоров'я нації» <https://journals.uzhnu.uz.ua/index.php/health/article/view/1047>

²² Основні нормативно-правові акти: Постанова КМУ №1268 від 03.11.2021 та Наказ МОЗ від 19.03.2018 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-%D0%BF#Text>

- **Медикаментозний менеджмент.** Призначення препаратів для полегшення болю, швидшого загоєння ран, базисна терапія захворювань.
- **Психологічна допомога.** Базове психологічне консультування або скерування до профільного фахівця.
- **Моніторинг результатів та підтримка пацієнта.** Супровід пацієнта під час та після проходження реабілітації, оцінка результатів і, за необхідності, корекція плану лікування.

Хоча в жодній із оцінюваних громад респонденти (керівний склад ЗОЗ, лікарі, середній медичний персонал) не вказали на брак кадрів на рівні ПМД, у ході інтерв'ю з'ясувалося, що **фахівці ПМД здебільшого не готові виходити за рамки посадових обов'язків у питаннях реабілітації** більше, ніж це наразі закріплено за ними нормативно²³. Лише в 3 із 10 громад фахівці ПМД зазначили, що за умови додаткового фінансування та системного навчання вони були б готові опановувати нові знання з базової реабілітації й розширювати свої послуги. В решті громад фахівці стверджували, що реабілітація має надаватися лише на спеціалізованому рівні. Обґрунтування цьому базувалося на кількох ключових факторах:

- високе навантаження на фахівців ПМД (більшість лікарів оцінюваних громад досягли максимальної рекомендованої кількості укладених декларацій із пацієнтами),
- передпенсійний та пенсійний вік значної частини лікарів ПМД, що зменшує їх вмотивованість до опанування нових навичок (середній вік лікарів у більшості оцінюваних громадах – 50-55 років)
- небажання конкурувати щодо послуг реабілітації з лікарнями, де вже надаються відповідні амбулаторні послуги.

Нижче наведено дані щодо кадрових ресурсів у визначених громадах.

Таблиця 15. Кількість фахівців ПМД у комунальних закладах охорони здоров'я, 10 громад, 2025 р.

Громада	Сімей-ний лікар, N	Терапевт, N	Педіатр, N	Серед. вік лікарів, роки	Мед. сестра / мед. брат, N	Фельдшер, N	Серед. вік серед. мед. Персоналу, роки	Психолог, N
БЛИЗНЮКІВСЬКА	3	4	2	45	18		51	
КОДИМСЬКА	10			55	37		51	
ЛИПОВЕЦЬКА	11		1	52	34	12	50	
МАГДАЛИНІВСЬКА	8			59	33	4	39	
МЕНСЬКА	11	1	3	56	27	12	46	1
ОВРУЦЬКА	26	2	1	51	90		43	1
РОЖИЩЕНСЬКА	7	1	3	55	30	7	45	1
ТАРАЩАНСЬКА	12		1	65	26	15	50	1
ШПОЛЯНСЬКА	15	2	1	44	42	5	45	1
ШУМСЬКА	12	2	3	36	46	55	43	

²³ Постанова КМУ «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я» №1268 від 03.11.2021 та Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги»

Соціальні послуги

Соціальні послуги в громадах надають **територіальні центри надання соціальних послуг** (ТЦНСП) – комунальні установи, які забезпечують підтримку найуразливіших категорій населення (людей із інвалідністю, осіб похилого віку, сімей із дітьми, які перебувають у складних життєвих обставинах, осіб, що зазнали насильства). Фінансуються ці установи з місцевого бюджету, за рахунок державної субвенції та платних послуг (з урахуванням доходу отримувача).

Міжнародна технічна допомога: робота мобільних реабілітаційних команд

Приклад Магдалинівської громади

Товариство Червоного Хреста України за технічної підтримки Британського Червоного Хреста у межах проекту «Реабілітація в громаді» надають послуги з фізичної реабілітації людям, що потребують відновлення втрачених рухових функцій, покращення фізичної активності та емоційного стану через роботу мобільних реабілітаційних команд. Починаючи із січня 2025 року 75 пацієнтів Магдалинівської громади отримують послуги вдома. За узгодженим графіком команда фахівців з реабілітації (фізичний терапевт, асистент фізичного терапевта) та фахівці ПМД (лікар/медична сестра) відвідують пацієнтів вдома та надають їм послуги. Також вони оцінюють потребу та забезпечують людей ДЗР (крісла колісні, палиці, милиці, ходунки тощо), якщо в цьому є необхідність. Крім того, фахівці з реабілітації можуть оцінити умови житла людини та надати рекомендації щодо його доступності. У разі потреби вони можуть також надати поручні чи переносний пандус.

Додатково для лікарів Магдалинівського ЦПМСД було проведено тренінг «Допоміжні засоби реабілітації». Медичні працівники отримали базові знання та практичні навички щодо класифікації, підбору, призначення й оцінки ефективності ДЗР. Учасники також ознайомилися з видами крісел колісних, принципами догляду за ДЗР та супроводу пацієнтів у процесі їх використання.

Ця ініціатива втілюється в межах надання міжнародної технічної допомоги, тобто вона не є сталою. Наразі немає інформації про потенційне запровадження таких послуг за рахунок власних ресурсів громади.

ТЦНСП надають широкий спектр соціальних послуг, основні з них включають:

- **Соціальне обслуговування вдома** – допомога самотнім особам похилого віку та особам із інвалідністю в побуті, закупівлі продуктів, приготуванні їжі тощо.
- **Денне перебування** – організація дозвілля, культурно-масових заходів, соціально-педагогічна підтримка для осіб похилого віку та осіб із інвалідністю.
- **Психологічна підтримка** – індивідуальні та групові консультації для осіб, які пережили стресові ситуації або перебувають у кризових обставинах.
- **Натуральна допомога** – надання продуктів харчування, одягу, засобів гігієни та інших необхідних речей малозабезпеченим громадянам.

- **Юридичне консультування** – допомога у вирішенні правових питань, пов'язаних із соціальним захистом, оформленням документів, тощо.
- **Стаціонарний догляд** – тимчасове або постійне проживання осіб, які потребують постійного нагляду та догляду.



Рисунок 7. Заняття з ЛФК для людей пенсійного віку. Рожищенська громада

У 5 із 10 громад на базі ТЦНСП регулярно проводяться різні фізичні активності для осіб похилого віку – лікувальна фізкультура (ЛФК), заняття на спортивних тренажерах, ранкові руханки, фітнес, скандинавська ходьба тощо. Ці послуги надає медична сестра з лікувальної фізкультури. Проте такі послуги доступні лише мешканцям населеного пункту, який є центром громади.

Заняття спортом для людей поважного віку

Приклад Рожищенської громади

У Рожищенській громаді Волинської області сформувався унікальний підхід до реабілітації людей поважного віку та осіб із інвалідністю. Тут фізична активність стала не лише засобом оздоровлення, а й – у прямому сенсі – справжньою грою. В межах ініціативи «Університет III віку» кілька разів на тиждень у великій залі Центру культурних послуг збираються люди віком 60+, 70+ і навіть 80+ для тренування тіла і поліпшення настрою.

Керують заняттями досвідчені фахівці — медична сестра з ЛФК та соціальний працівник-реабілітолог. Всі вправи адаптовані під індивідуальні можливості учасників. Перед початком кожного тренування фахівці перевіряють артеріальний тиск та інші показники здоров'я. Кожен учасник має особисту інформаційну картку з усіма медичними рекомендаціями та протипоказаннями.

Справжньою родзинкою стало впровадження командної гри **корнхол**, яка поєднує азарт, фізичну активність та реабілітаційний ефект. Ідея з'явилася після участі рожищенської команди в міжнародному фестивалі Сеньйоріади і була втілена власними силами: дошки з отворами та мішечки з крупою виготовили самі, бо купити готовий комплект занадто дорого.

Корнхол став не лише вправою для розвитку координації та рухливості, а й способом поліпшити психоемоційний стан учасників. Гра викликає позитивні емоції, підтримує командний дух і допомагає боротися з тривожністю та депресією.

«Спостерігаємо помітне поліпшення не лише фізичного стану, а й настрою учасників, — розповідає медична сестра з ЛФК. — Перемога в грі додає впевненості, бажання приходити знову, бути активними, не замикатися вдома».

Попри труднощі на початку: відсутність інвентарю, приміщення, низьку оплату праці — команда фахівців змогла реалізувати ініціативу завдяки власній мотивації та підтримці соціальних партнерів. Вони переконані: **реабілітація — це не лише лікування, а й соціальне включення**. Медичний і соціальний компоненти мають працювати разом, тоді ефект буде комплексним.

У 6 із 10 громад діють **відділення стаціонарного догляду** як структурні підрозділи ТЦНСП. Кількість місць у них коливається від 12 до 45, відділення повністю завантажені. На території ще однієї громади (Таращанська) діє геріатричний пансіонат обласного підпорядкування на 120 місць. У громадах, які не мають відділень стаціонарного догляду, мешканців скеровують до відповідних установ у сусідів, до закладів обласного підпорядкування або до приватних.

Відділення стаціонарного догляду призначені для забезпечення постійного або тимчасового проживання осіб, які потребують стороннього догляду, але не мають змоги отримати його вдома. Зазвичай це самотні люди похилого віку, особи з інвалідністю, ті, хто і перебуває у складних життєвих обставинах і не може обслуговувати себе самотійно. Такі відділення часто є єдиною альтернативою

інституційному догляду для осіб без родинної підтримки й відіграють ключову роль у системі довготривалого догляду на рівні громади. Їх фінансування здійснюється з місцевого бюджету.

До складу команд, які надають послуги клієнтам відділень стаціонарного догляду, належить молодший медичний персонал (санітари), медичні сестри, соціальні працівники та лікар ПМД (часто працює на часткову зайнятість). У жодному з діючих відділень визначених громад **не працюють фахівці з реабілітації**. Проте очевидно, що клієнти такого відділення отримали б значну користь від реабілітаційних послуг за місцем перебування.

Щодо кадрової спроможності ТЦНСП (див. таб. 16), у більшості громад достатньо соціальних робітників. Завдяки цьому є можливість забезпечувати послугу «догляд удома» всім, хто цього потребує, в кожному населеному пункті громади.

Фахівці із супроводу ветеранів є не в усіх громадах, але в деяких — як-от Таращанська (6) і Шумська (4) — вони представлені достатньо чисельно, що свідчить про орієнтованість громади на роботу з ветеранами.

Середній вік соціальних робітників коливається від 41 до 55 років, що вказує на потенційні виклики, пов'язані з необхідністю залучення молодих фахівців у майбутньому.

Загалом респонденти більшості громад вказували на проблеми залучення кадрів до роботи в соціальній сфері через низький рівень заробітних плат. Винятком є Близнюківська громада, де завдяки конкурентній заробітній платі та гідним умовам праці (забезпечення спецодягом, взуттям, велосипедами тощо) існує конкурс на заміщення посад соціальних робітників.

Таблиця 16. Кількість фахівців у соціальній сфері, 10 громад, 2025 р.

Громада	Фахівець соціальної роботи	Соціальний працівник	Фахівець із супроводу ветеранів	Соціальний робітник	Середній вік соціальних робітників
БЛИЗНЮКІВСЬКА	2	2	1	23	47
КОДИМСЬКА	3		1	25	51
ЛИПОВЕЦЬКА	3		1	22	50
МАГДАЛИНІВСЬКА	3		1	24	55
МЕНСЬКА	9	1		51	54
ОВРУЦЬКА	3		1	25	46
РОЖИЩЕНСЬКА		7	2	30	55
ТАРАЩАНСЬКА	5	3	6	42	52
ШПОЛЯНСЬКА	3	1	1	31	50
ШУМСЬКА	4	1	4	40	41

Фітнес для всіх: як зробити спорт доступним

Приклад Близнюківської громади

У Близнюківській громаді на Харківщині щодня, крім вихідних, у спортивному залі ліцею панує незвична для селища атмосфера — тут тренуються всі охочі. Без абонплат і далеких поїздок у сучасні фітнес-клуби вони опановують скандинавську ходьбу, стретчинг, фітбол, вправи з йога-блоками, пілатес, у тому числі з ізотонічним кільцем, мініболом, гантелями тощо. Ініціативу повністю фінансує селищна рада, оскільки бачить у ній можливість поліпшити здоров'я мешканців та згуртувати громаду.

Тренерка-ентузіастка формує групи за віком, зручним часом і навіть за побажаннями учасників. Щодо особливих потреб чи протипоказань вона обов'язково консультується з лікарями, а програми адаптує так, аби кожен тренувався безпечно. Найбільше заняття відвідують люди віком 60+, проте дедалі частіше приєднується й молодь.

На старті було непросто: в громаді не знаходили відповідного приміщення, а мешканці з недовірою ставилися до безкоштовного фітнесу, мовляв, якщо безплатно, значить неякісно або тимчасово. Поки діти навчаються дистанційно, зал ліцею став місцем для проведення занять, а професіоналізм та багаторічний досвід інструкторки заохотили людей повертатися до занять знову й знову. За два роки програма стала невід'ємною частиною життя громади.

Учасники розповідають, що мають більше сил і витривалості, в них знижується тиск, нормалізується вага, поліпшується сон. Заняття допомогли зменшити стрес і тривожність, а спільні тренування дали відчуття приналежності до громади.

Громада мріє про власну залу, облаштовану сучасним обладнанням: TRX-петлями, степ-платформами, масажними роликами та біговими доріжками. *«Для мене це не тільки робота, а й можливість бачити, як люди щодня стають здоровішими, упевненішими»,* — каже тренерка.

Близнюківський досвід доводить: навіть без великих коштів чи розкішних фітнес-клубів спорт може стати доступним кожному. Потрібні лише ініціатива, підтримка громади та бажання рухатися вперед.



Рисунок 8. Заняття на відкритому майданчику та в спортзалі для всіх бажаючих мешканців Близнюківської громади

Послуги для ветеранів

На базі ТЦНСП, комунальних установ, молодіжних центрів, будинків культури тощо створюються **ветеранські простори** — спеціалізовані центри підтримки, покликані сприяти реінтеграції ветеранів у мирне життя, психосоціальній адаптації та доступу до необхідних послуг. Ветеранські простори фінансуються Міністерством у справах ветеранів, за рахунок місцевих бюджетів та різних донорських програм.

Ветеранський простір – це безпечна, дружня територія для ветеранів, їхніх родин і сімей загиблих військових, де вони можуть отримати послуги, підтримку. Зокрема:

- інформацію про державні послуги для ветеранів,
- психологічну підтримку,
- юридичні консультації,
- допомогу з працевлаштуванням,
- неформальну освіту (тренінги, воркшопи),
- підтримку ветеранського підприємництва,
- організацію подій для згуртування спільноти.

При ветеранських просторах додатково також можуть облаштовуватися зали для ЛФК / невеликі тренажерні зали, кабінети масажу, приміщення для групових занять.

Із 10 оцінюваних громад ветеранські простори вже функціонують у 4-х; ще в 2 громадах вони на етапі створення. У Шполянській громаді на базі ветеранського простору працює тренажерна зала, а в Близнюківській таку залу готують до відкриття.

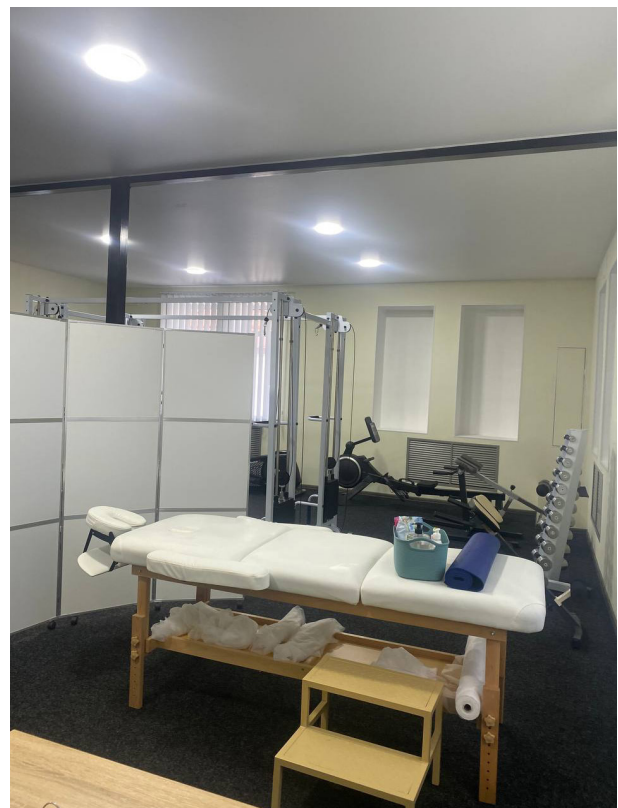


Рисунок 9. Тренажерна зала у ветеранському просторі. Шполянська громада.

Послуги для дітей із інвалідністю

Ключова цільова група для реабілітації серед дитячого населення – це діти з інвалідністю. Як видно з таблиці нижче, найвища частка таких дітей у віці 0-5 років у Магдалинівській (4,5%) та Менській (3,8%) громадах. У віковій групі 6-18 років найвища частка в Таращанській (5,9%) та, знову ж таки, в Менській (4,5%) громадах. У більшості громад частка дітей із інвалідністю вища серед школярів (6–18 років), ніж у групі 0–5 років.

Таблиця 17. Кількість та частка дітей із інвалідністю серед дитячого населення у 10 громадах, 2025 р.

Громада	0-5 років		6-18 років	
	N	% у віковій групі	N	% у віковій групі
БЛИЗНЮКІВСЬКА	8	1,9%	56	2,9%
КОДИМСЬКА	18	2,2%	92	3,1%
ЛИПОВЕЦЬКА	НД*	-	НД*	-
МАГДАЛИНІВСЬКА	33	4,5%	53	1,9%
МЕНСЬКА	23	3,8%	138	4,8%
ОВРУЦЬКА	15	1,2%	126	2,4%
РОЖИЩЕНСЬКА	НД*	-	НД*	-
ТАРАЩАНСЬКА	19	2,1%	210	5,9%
ШПОЛЯНСЬКА	6	0,6%	73	1,6%
ШУМСЬКА	19	1,7%	129	3,1%

*Інформація не надана громадою.

Серед дітей шкільного віку з інвалідністю частка тих, хто отримує освітні послуги на денній формі навчання, варіює від 30% (Кодимська громада) до 92% (Таращанська громада).

В усіх 10 оцінюваних громадах діють **інклюзивно-ресурсні центри** (ІРЦ). Це спеціалізовані установи, що забезпечують комплексну підтримку дітей із особливими освітніми потребами віком від 2 до 18 років. Їх головне завдання — допомогти кожній дитині зростати, розвиватися і навчатися разом з іншими, створюючи рівні умови для якісної освіти та всебічного розвитку. ІРЦ функціонують як осередки підтримки інклюзивної освіти в громадах та сприяють інтеграції дітей у загальноосвітній простір. Фінансування ІРЦ здійснюється з бюджетів громад, а також за рахунок освітньої субвенції.

До ключових послуг ІРЦ належать:

- Комплексна оцінка розвитку дитини, що охоплює психологічну, педагогічну, логопедичну та медичну складові.
- Психолого-педагогічний супровід дитини в закладах освіти: рекомендації щодо організації навчального процесу, адаптації середовища та методів навчання.
- Корекційно-розвиткові заняття з психологом, логопедом, дефектологом, реабілітологом та іншими фахівцями.
- Консультації для батьків і педагогів, які працюють із дітьми з особливими потребами.

Всі фахівці ІРЦ мають педагогічну освіту.

Види корекційно-розвиткових занять, які надають реабілітологи ІРЦ:

- розвиток дрібної моторики,
- ЛФК,
- масаж,
- розвиток координації рухів,
- сенсорна інтеграція.

У 5 громадах (Кодимська, Липовецька, Магдалинівська, Менська, Овруцька) в команді ІРЦ вакансія реабілітолога не закрита. Респонденти зазначили, що знайти та залучити таких фахівців на роботу надзвичайно складно. В кількох громадах (Магдалинівська, Овруцька) реабілітологи, які раніше працювали в ІРЦ, перейшли на роботу в реабілітаційні відділення медичних закладів у громаді або поза нею. Через брак кадрів діти цих громад не можуть отримати необхідні реабілітаційні послуги на базі ІРЦ. У решті 5 громадах (Близнюківська, Рожищенська, Таращанська, Шполянська, Шумська) реабілітологи є, проте здебільшого вони залучені на часткову зайнятість.

Респонденти ІРЦ всіх 10 громад зазначили, що в громадах значно більша кількість дітей потребують корекційно-розвиткових занять, проте не отримують їх. Основні причини:

- самостигматизація – батьки не визнають, що у дитини є певні порушення розвитку, і не звертаються до профільних фахівців, відмовляються від корекційно-розвиткових занять,
- неможливість батьками забезпечити регулярний доїзд в ІРЦ із віддалених сіл,
- брак фахівців в ІРЦ – неможливість забезпечити послугами всіх дітей, які того потребують.

Окрім цього, респонденти наголошували, що потрібно посилити ранній скринінг та ідентифікацію дітей із порушенням розвитку, зміцнити міжсекторальну взаємодію (охорона здоров'я – освіта – соціальний захист) для обліку й супроводу таких дітей.



Рисунок 10. Зала для реабілітації в ІРЦ, Шумська громада

На території 3 із 10 громад діють освітні заклади інтернатного типу для дітей із особливими освітніми потребами:

- КЗ освіти «Магдалинівська спеціальна школа» Дніпропетровської обласної ради,
- Рожищенський навчально-реабілітаційний центр Волинської обласної ради,
- КЗ Київської обласної ради «Таращанський навчально-реабілітаційний центр».

Крім корекційно-розвиткових занять, у них надаються послуги медичної реабілітації. Ці заклади належать до обласного підпорядкування, тому їх не включено до цієї оцінки.

Значення самокерованої реабілітації для відновлення людини

Приклад Кодимської громади

У Кодимській громаді Одеської області живе 70-річний Микола Федорович Іваницький – чоловік, який внаслідок COVID-19 захворів на периферичну полінейропатію верхніх і нижніх кінцівок але завдяки власній вмотивованості та регулярним вправам зумів повністю відновити рухові функції.

Занедужавши у вересні 2021 року, пан Микола звернувся до свого лікаря за допомогою. Оскільки пацієнт мав труднощі із самостійним обслуговуванням, лікар направив його на госпіталізацію. Стан Миколи Федоровича стрімко погіршувався, і за два місяці він майже повністю втратив силу та чутливість у руках і ногах, що призвело до практичного знерухомлення. Пройшовши стаціонарне лікування в кластерній лікарні, пацієнт повернувся додому, однак рухові функції залишались значно зниженими.

Чоловік навіть не міг самостійно сидіти і був вимушений весь час лежати. Але Микола Федорович не збирався капітулювати перед хворобою. Він попросив друзів зробити «мотузкові підйомники» - своєрідний тренажер, щоб самостійно підводитися, сідати, , нарощуючи силу в руках. Згодом додалися й тренування ніг – знову ж таки завдяки саморобному механічному пристрою.

Крок за кроком сила і чутливість почали повертатись, а через пів року пан Микола почав ходити. Спочатку при допомозі ходунків, потім - палиці, а далі - самостійно. Друзі та знайомі, які бачили його у хворобливому стані, не вірили, що відновлення реальне, але сильний духом чоловік довів, що вірою та щоденною працею над собою можна досягти, здавалося б, неможливого. Сьогодні Микола Федорович щоранку робить зарядку, щодня проходить від 7 до 10 кілометрів, працює на городі, допомагає дітям із онуками, спілкується з друзями та регулярно займається спортом у своїй кімнаті, яка за час самокерованої реабілітації перетворилась на повноцінний мініспортзал.

Про джерела мотивації пан Микола говорить так:

*«Іноді не знаю, що мене спонукає... Знаю одне: треба йти, рухатись і щось робити, бо **рух – це життя**. Коли захворів і тільки лежав, то повторював собі: можеш гнути палець – гни, крутиться голова – крути нею. Треба з чогось починати, **навіть маленькі рухи важливі**».*

Вдячний Микола Федорович медичним працівникам – схвально відгукується про надану медичну допомогу у Кодимській лікарні. На його думку, крім професійних навичок, дуже важливим для якісної реабілітації є наснаження з боку профільного фахівця:

*«Призначення ліків потрібно. Але головне – **запевнити пацієнта у можливості успіху відновлення**. Має бути хтось, хто направить, підтримає, дасть пораду».*



Рисунок 11. Домашній спортзал для занять спортом та самокерованої реабілітації

Виклики та можливості в громадах для розвитку реабілітаційних послуг

Виклики на шляху розвитку реабілітації на рівні громади, які найчастіше називали опитані респонденти:

Фінансові та інфраструктурні бар'єри

Обмежене фінансування реабілітаційних послуг за рахунок ресурсів громади

У жодній з оцінюваних громад не було передбачено окремих програм фінансування реабілітації. Частково реабілітаційний компонент фінансується в межах діючих цільових програм з охорони здоров'я або соціального захисту населення (закупівля реабілітаційного обладнання, оплата праці фахівців, забезпечення житлом, мотиваційні виплати молодим фахівцям тощо; матеріальна підтримка особам, травмованим унаслідок війни, матеріальна підтримка осіб із інвалідністю тощо). Проте цього недостатньо, особливо враховуючи, що лише частина громад мають ЗОЗ, які надають амбулаторні реабілітаційні послуги в межах ПМГ.

Обмежений доступ до послуг через віддаленість населених пунктів від місць їх надання

Мешканці населеного пункту – центру громади мають можливість отримувати послуги реабілітації у всіх ключових установах, які їх надають, – медичні заклади, ТЦНСП, ІРЦ. Проте для жителів навколишніх сіл іноді навіть відстань 10-20 км є бар'єром через відсутність постійного зручного транспортного сполучення. Люди не можуть/не готові щодня їздити на реабілітацію до центру громади, особливо якщо це необхідно робити тривалий час.

«Пацієнти після інсульту проходять курс амбулаторної реабілітації, але потім просто лежать удома без руху. Їм потрібно продовжити реабілітацію, але їздити щодня зі свого села вони не будуть, а спеціального транспорту немає. Це дуже погіршує результати лікування і стан пацієнтів».

Невідповідність помешкань потребам людей, які зазнали обмеження функціонування

Люди зі сталим порушенням функціонування, які мешкають у неадаптованому житлі, стикаються з низкою проблем: ускладнений доступ до ванної, кухні чи вхідних дверей, відсутність пандусів, поручнів або достатнього простору для пересування. Це суттєво обмежує їхню фізичну самостійність, змушує залежати від сторонньої допомоги, знижує відчуття гідності й автономії. Внаслідок цього вони часто втрачають активну роль у родині, мають менший соціальний контакт, рідше виходять із дому, що негативно впливає на їхнє психоемоційне здоров'я та загальну якість життя.

Громади не підтримують адаптацію побутових просторів людей, які зазнали сталого обмеження функціонування, а зробити це за власні кошти люди часто не можуть. Крім того, соціальні працівники, які надають послуги вдома, не мають належних навичок, щоб оцінити потреби людини в реабілітації, ДЗР, в адаптації простору.

Відсутність ефективного механізму забезпечення безперервності послуги

Недостатня налагодженість маршрутів пацієнтів та системи перескерування між різними службами

Обмін інформацією між медичною / соціальною / освітньою ланками про потреби

людини, якій необхідна реабілітація, та адресне скерування її за відповідними послугами теж носить несистемний характер і залежить від індивідуальних контактів між фахівцями в громадах.

Недостатній обмін даними через ЕСОЗ

Неповне внесення даних в ЕСОЗ, що, ймовірно трапляється в громадах, потенційно може ускладнити оперативний обмін даними про стан здоров'я пацієнта. Про стан здоров'я/необхідність отримання реабілітаційних послуг фахівці різних ланок та установ дізнаються лише від самого пацієнта/клієнта. Наприклад, якщо пацієнт не повідомить сімейного лікаря про завершення стаціонарного лікування, лікар про це не дізнається.

Обмеженість надання монопослуги з реабілітації

У лютому 2025 року Кабінет Міністрів України²⁴ ввів поняття та описав організацію надання монопослуги (послуга від одного фахівця з реабілітації – фізичного терапевта, ерготерапевта, терапевта мови й мовлення). Очікується, що монопослуги надаватимуть в амбулаторних умовах, вдома в пацієнта або в громаді, де він проживає. Як послуга низької ефективності монопослуга часто є продовженням попередніх етапів реабілітації, але наразі є низка обмежень для повноцінного її запровадження:

- Оплата за надання монопослуги здійснюється за пакетом ПМГ «Амбулаторна реабілітація», а укладення угоди про надання послуг за цим пакетом можливе лише за наявності МДКР у закладі охорони здоров'я. Таким чином, можливість надавати монопослугу за кошти НСЗУ мають лише ті заклади, де вже працюють МДКР (при цьому оплата послуг здійснюється з коригувальним коефіцієнтом 0,4 від базової вартості пакету). Тож запровадження монопослуги, яка фінансувалася б із державного бюджету в закладах ПМД або невеликих лікарнях у громадах, де немає МДКР, на даний час відсутня.
- Скерувати на отримання монопослуги може лише лікар ФРМ (якщо є відповідне рішення МДКР). Сімейний лікар ще не може видавати направлення на монопослугу до фахівця з реабілітації, адже МОЗ поки що не визначив для цього відповідний перелік станів здоров'я.

Недостатня поінформованість мешканців громади про наявні ресурси та можливості

Часто мешканці громади не знають про послуги реабілітації, доступні в громаді, як отримати ДЗР чи інші види допомоги. Ключову роль в інформуванні населення відіграють місцеві новинні канали в соціальних мережах, офіційний сайт громади, самі надавачі послуг та старости сіл.

Труднощі, пов'язані з кадровим забезпеченням

Нестача фахівців, які могли б надавати послуги реабілітації

Представники медичних, соціальних, освітніх установ вказували на складність пошуку фахівців із реабілітації та заміщення вакантних посад, що спричиняє черги та затримки в наданні відповідних послуг. Основні причини браку кваліфікованого персоналу включають: низьку заробітну плату, високе робоче навантаження, недостатню привабливість населених пунктів для постійного проживання фахівців.

²⁴ Постанова КМУ №132 від 07.02.2025 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/132-2025-%D0%BF#Text>

Недостатній рівень знань та досвіду фахівців із реабілітації, які працюють у громадах

Опитані фахівці з реабілітації часто не могли сформулювати, яких компетенцій та навичок їм не вистачає, та яке навчання наразі найбільш необхідне. Зважаючи на те, що більшість фахівців розпочали роботу у відділеннях/кабінетах реабілітації у 2023-2024 роках, це може свідчити про:

- небажання визнавати обмеження в знаннях,
- нестачу рефлексії щодо власної практики,
- відсутність доступу до актуальних найкращих практик,
- відсутність чітких вимог до обов'язкового безперервного професійного розвитку,
- перевантаження поточними обов'язками,
- відсутність чітких стандартів оцінювання компетенцій,
- недостатню підтримку з боку керівництва,
- відсутність наставництва та професійних спільнот,
- культурні бар'єри і страх критики.

Окремо варто наголосити, що фахівці не завжди належним чином дотримуються засад доказової практики. Частина опитаних зізнавались, що задовольняють потребу в нових знаннях або ж шукають відповіді про незнайомі клінічні випадки на YouTube каналах, де інформація не завжди базується на засадах доказової медицини.

Недостатня кількість психологів, зокрема тих, які можуть працювати з військовими

Із 2022 року спостерігається зростання попиту та зменшення стигми щодо психологічної допомоги в громадах. Відповідні послуги доступні в ПМД, лікарнях, соцслужбах, школах, центрах життєстійкості, ветеранських просторах і завдяки роботі ГО (офлайн та онлайн). Водночас громади відзначають, що попит перевищує можливості наявних психологів. Особливо бракує фахівців, які мають досвід роботи з військовими та ветеранами. Через ПТСР серед ветеранів частішають випадки домашнього насильства, проблеми в сім'ї, зловживання алкоголем. Це вимагає додаткової підготовки психологів, зокрема в напрямках травма-фокусної та когнітивно-поведінкової терапії.

Фактори, що сприяють розвитку реабілітації на рівні громади:

Вмотивованість керівництва громад та комплексне розуміння реабілітації

Всі респонденти, залучені до управління в громаді (голови громад, керівники/заступники цільових підрозділів місцевих органів влади), говорили про реабілітацію як комплексне поняття, яке охоплює медичну, соціальну, психологічну складову, а також наголошували на актуальності цього напрямку в громадах.

Наявність розвинених інституцій медичного, соціального, освітнього профілів, які включають/можуть включати послуги реабілітації

В усіх громадах присутні заклади ПМД із мережами амбулаторій, лікарні, ТЦНСП

(включаючи відділення стаціонарного догляду, ветеранські простори тощо), ІРЦ. Тобто розвивати/створювати реабілітаційні послуги можна на базі вже існуючих закладів, і основи системи безперервності послуг вже закладено.

Спостерігається активізація громадянського суспільства

У громадах виникають ініціативні групи з потенціалом перерости в громадські організації, які теж можуть стати елементом системи реабілітації (вже існують такі приклади: групи психологічної допомоги для родичів загиблих захисників, наставництво пацієнтів за принципом «рівний рівному»). Для ветеранів запроваджуються різні заходи активної соціалізації, які зменшують ризик маргіналізації поведінки (арттерапія, ігрова рекреаційна терапія, іпотерапія, активне дозвілля в колі ветеранів (наприклад, риболовля), ініціатива «тато-хаб» (заняття з теслярства для дітей, які проводить ветеран) тощо.

ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ



Ключові висновки:

- У 2024 році в кожній із 10 досліджуваних громад **щонайменше 20% мешканців потребували реабілітації**. Найвищі показники — у Менській (28%) і Овруцькій (24%) громадах. Серед осіб віком 65 років і старше потреба в реабілітації є вищою — вона стосується кожного четвертого (25%).
- З-поміж 8 груп станів здоров'я, які **призводять до потреби в реабілітації**, в 10 оцінюваних громадах найпоширеніші: **порушення кістково-м'язової системи** (59%), **новоутворення** (14%), **неврологічні розлади** (11%).
- Результати даної оцінки демонструють, що **в усіх 10 громадах попит на послуги реабілітації перевищує пропозицію**. Особливо це стосується допомоги для ветеранів та людей із інвалідністю.
- У 10 оцінюваних громадах **існує значний дефіцит фахівців із реабілітації**, особливо з досвідом роботи з ветеранами. У 3 оцінюваних громадах кількість фахівців з реабілітації є критично низькою порівняно з потребою населення, яка продовжує зростати. 5 громад взагалі не мають ключових фахівців із реабілітації в комунальних ЗОЗ (зокрема фізичного терапевта, ерготерапевта, терапевта мови та мовлення). У 3 громадах переважають фахівці віком 45+ років, що вказує на потенційний кадровий дефіцит у середньостроковій перспективі.
- Попри велику кількість випускників реабілітаційних програм в Україні (фахівців готують 56 бакалаврських і 41 магістерська освітні програми), лише третина з них іде працювати за спеціальністю в комунальні заклади охорони здоров'я. Тобто при кількісному зростанні підготовлених кадрів їх залучення до системи охорони здоров'я є недостатнім.
- **Попит на послуги реабілітації в коротко- і середньостроковій перспективі неможливо задовольнити виключно фахівцями з реабілітації**, тому є потреба переглянути підхід до організації надання послуг, розширивши коло залучених фахівців насамперед командами ПМД.
- При цьому **громади мають кадровий потенціал для розвитку реабілітації на первинному рівні** – за умови забезпечення відповідного навчання долучатися до послуг реабілітації можуть фахівці ПМД, соціальних та освітніх служб.
- **Відсутня уніфікована модель реабілітації на рівні громади**: надання послуг є фрагментованим і несистемним, залежить від ініціатив місцевих лідерів і наявності партнерів. Медичні, соціальні й освітні установи не мають налагодженого механізму координації та супроводу користувача послуг між етапами допомоги. Через це пацієнт часто змушений самотійно шукати послуги, і реабілітація переривається або не продовжується після завершення лікування в закладі охорони здоров'я.
- Заклади ПМД недостатньо залучені до виявлення і обліку потреб населення громад у реабілітації та надання відповідних послуг.
- **Наразі неможливо повноцінно впровадити монопослугу в невеликих громадах** через:
 - чинні фінансові вимоги ПМГ (оплата монопослуги здійснюється лише за пакетом ПМГ «Амбулаторна реабілітація», яка передбачає наявність МДРК) та

- невідповідність нормативно-правової бази (відсутність затвердженого МОЗ переліку станів здоров'я, за яким лікар ПМД може скеровувати до фахівця з реабілітації).
- У системі охорони здоров'я України **відсутні послуги фізичних терапевтів першого контакту** (First Contact Physiotherapist, FCP), попит на які зростає в розвинених країнах.
- Механізм отримання ДЗР суттєво спрощено з 2023 року, група інвалідності більше не є обов'язковою, що значно скорочує час і знижує бар'єри для доступу до ДЗР. Однак в усіх оцінюваних громадах у пунктах безкоштовного прокату ДЗР при ТЦНСП доступ до ДЗР обмежений, оскільки поповнення запасу відбувається за рахунок гуманітарної та благодійної допомоги, які не є сталими. Найбільші труднощі виникають із забезпеченням базових засобів мобільності (милиці, ходунки, крісла колісні).
- **Інфраструктурні бар'єри у всіх оцінюваних громадах залишаються високими:** навіть за наявності ДЗР вулиці, транспорт і будівлі не завжди доступні, що обмежує самостійність людей із порушенням функціонування.
- **У всіх оцінюваних громадах виявлено географічні бар'єри до отримання реабілітаційних послуг:** мешканці найвіддаленіших сіл мають обмежений або ускладнений доступ до послуг реабілітації через (1) велику відстань до центру громади (для 5 громад це понад 30 км), (2) відсутність або нерегулярність громадського транспорту (для 4 громад маршрутні таксі курсують до села 1 раз/тиж.), (3) відсутність соціального транспорту для маломобільних осіб (8 із 10 громад). Це створює бар'єри для осіб з обмеженим функціонуванням, які фізично не можуть дістатися до центру громади для регулярного отримання послуг.

Ключові рекомендації для розвитку реабілітації у визначених громадах:

- **Розвивати послуги реабілітації на базі наявної інфраструктури.**
 - Забезпечити надання реабілітаційних послуг на базі амбулаторій ПМД, спеціалізованих закладів охорони здоров'я, ТЦНСП, ІРЦ тощо.
 - Використовувати приміщення спортзалів, ветеранських просторів, центрів життєстійкості як місць для фізичної активності, груп самопомоги та базових реабілітаційних заходів.
- **Підвищити доступ до монопослуг з реабілітації на рівні ПМД.**
 - Забезпечити надання монопослуг фахівцями з реабілітації в межах окремого пакету ПМГ.
 - Сприяти наданню монопослуг не лише на базі спеціалізованих закладів охорони здоров'я, але й у закладах ПМД, ТЦНСП тощо.
- **Посилити кадровий потенціал фахівців із реабілітації та розширити міжсекторальне коло задіяних фахівців.**
 - Запровадити стажування, тренінги, програми наставництва для фахівців із реабілітації, особливо в громадах із низьким рівнем кадрового забезпечення.
 - Підтримувати залучення кваліфікованих фахівців із реабілітації через місцеві мотиваційні програми (наприклад, забезпечення житлом /

часткова компенсація оренди житла, доплати з місцевого бюджету до основної зарплати, стипендії, програми преміювання за результати роботи чи ініціативи, кар'єрне зростання).

- Співпрацювати з університетами, які готують фахівців із реабілітації.
- Промотувати громаду як гарне місце для життя та професійної реалізації, поширюючи успішні приклади через соціальні медіа, ЗМІ, особисті зустрічі з фахівцями.
- Забезпечити навчання фахівців ПМД і соціальної служби базовим навичкам виявлення потреб у реабілітації та супроводу.
- **Забезпечити географічну доступність послуг із реабілітації.**
 - Запровадити механізми довозу маломобільних пацієнтів (наприклад, соціальне таксі або інклюзивний громадський транспорт).
 - Оцінити можливість підтримання виїздів мобільних реабілітаційних команд/окремих фахівців для надання послуг удома або на базі амбулаторій ПМД тощо.
 - Частину базових послуг реабілітації надавати через попередньо підготовлених фахівців ПМД, соціальних робітників, які працюють у віддалених населених пунктах.
- **Налагодити міжсекторальну координацію.**
 - Забезпечити спільну побудову маршрутів та супровід пацієнта, до якого залучаються фахівці ПМД, сфери соціального захисту, освіти.
 - Провести мапування наявних послуг у громаді та визначити провайдерів, що їх надають.
 - Провести міжвідомчі наради щодо узгодження маршрутів пацієнта після завершення стаціонарного лікування.
 - Розвивати функцію кейс-менеджера в медичних закладах для зв'язку між реабілітаційною командою та соціальними установами. Функції можуть включати, серед іншого, подання заявки на ДЗР, інформування про послуги, забезпечення супроводу.
- **Розвивати інформування та комунікацію про доступні послуги реабілітації.**
 - Проводити інформаційні кампанії про значення реабілітації, як її отримати, які можливості в громаді доступні.
 - Використовувати для цього різноманітні інструменти: сайти громади, сторінки в соцмережах, друковані листівки в громадських місцях, які мешканці часто відвідують.
 - Проводити інформаційно-просвітницькі зустрічі в селах із залученням старост, медичних працівників, вчителів, бібліотекарів тощо.
- **Підтримувати громадянські ініціативи та самодопомогу.**
 - Заохочувати створення і підтримку локальних ініціатив — громадських організацій людей із інвалідністю, груп самодопомоги, ветеранських груп тощо.

- Надавати їм приміщення, фінансову та/або логістичну підтримку.
- Залучати такі групи до планування місцевих програм розвитку реабілітації.
- **Оцінювати прогрес і адаптувати підходи.**
 - Регулярно збирати дані про потребу в реабілітації, ефективність послуг, рівень задоволеності жителів громади.
 - Включити індикатори, що стосуються реабілітаційних послуг, до планів моніторингу місцевих програм охорони здоров'я та соціального захисту.

Основні рекомендації щодо алгоритму розробки моделі реабілітації на рівні громади (до 30 тис. населення):

- Обрахувати потреби в реабілітації за основними групами нозологій на 10 тис. населення як суму виявленого попиту (проведений аналіз) і прихованого попиту (на основі бенчмарків із країн із розвиненими послугами реабілітації на рівні громад).
- Визначити і описати ролі ключових надавачів послуг, залучених до реабілітації (фахівці з реабілітації, працівники ПМД, надавачі послуг поза сферою охорони здоров'я).
- Визначити цільові показники забезпеченості людським капіталом і робочого навантаження для ключових надавачів послуг, залучених до реабілітації, для балансування попиту і пропозиції.
- Розробити цільову модель реабілітації на рівні громади і визначити проміжні етапи її впровадження.
- Врахувати брак кваліфікованих фахівців із реабілітації в громадах, а також слабку спроможність ПМД щодо надання відповідних послуг.
- Оцінити коротко- і середньострокові перспективи підготовки фахівців для забезпечення людським капіталом ключових надавачів послуг, залучених до реабілітації.
- Впровадити пілотну модель реабілітації на рівні громади.
- Оцінити результати впровадження пілотної моделі.
- На основі результатів оцінки представити адаптовану модель реабілітації на рівні громади для масштабування з метою інтеграції реабілітації на всіх рівнях системи охорони здоров'я в межах забезпечення універсального охоплення послугами охорони здоров'я.



I ДОДАТКИ



Додаток 1. Перелік захворювань, порушень або наслідків, що найчастіше призводять до потреби в реабілітації, та їх відповідники за кодами ІСРС-2 та МКХ-10

Групи станів здоров'я	Захворювання, порушення та наслідки	ІСРС-2	МКХ-10
порушення кістково-м'язової системи	біль у попереку	L03; L84; L86	M54.5; M43.06
	біль у шиї	L01, L02; L83	M54.0; M54.2
	переломи	L72; L73; L74; L75; L76; L77; L78; L79; L80; L81	S12; S22; S32; S42; S52; S62; S72; S82; S92
	інші травми	A80; A81; A82; A87; A88; A89; B76; F75; F76; F79; H76; H77; H78; H79; L96; N79; R87; R88; S15; U80; W75; X82; Y80	S00-S99; T00; T07; T08; T09; T10; T11; T12; T13; T14; T79; T90-T98
	остеоартроз	L89; L90; L91; L94; L95	M15; M16; M17; M18; M19
	ампутація	A81	T05.0; T05.1; T05.2; T05.3; T05.4; T05.5; T05.6; T05.8; T05.9
	ревматоїдний артрит	L88	M05.0; M05.1; M05.2; M05.3; M05.8; M05.9; M06.0; M06.1; M06.2; M06.3; M06.4; M06.8; M06.9; M08.0; M08.1; M08.2; M08.3; M08.4; M08.8; M08.9; M45
неврологічні розлади	дитячий церебральний параліч	N99	G80
	інсульт	K90	I61, I62, I63, I64; I69.4
	черепно-мозкова травма	N80	S06
	Хвороба Альцгеймера та деменція	P70	G30; F00
	ураження спинного мозку	N81	S14
	хвороба Паркінсона	N87	G20; G21; G22
	розсіяний склероз	N86	G35
	захворювання рухових нейронів	N94	G12.2
	синдром Г'єна-Барре	N94	G61.0

Групи станів здоров'я	Захворювання, порушення та наслідки	ICPC-2	МКХ-10
сенсорні порушення	зниження слуху	H02; H86	H90.0; H90.1; H90.2; H90.3; H90.4; H90.5; H90.6; H90.7; H90.8; H91.0; H91.2; H91.3; H91.8; H91.9; H93.2
	втрата зору	F05; F17; F18; F94	H54; H53.2; H53.3; H53.8; H53.9; Z46.0; Z46.0
психічні розлади	порушення інтелектуального розвитку	P85	F70-F79
	шизофренія	P72	U79.2
	розлад аутистичного спектру	P99	F84.0
хронічні захворювання дихальних шляхів	хронічне обструктивне захворювання легень	R95	J44
серцево-судинні захворювання	серцева недостатність	K77; K82	I50
	гострий інфаркт міокарда	K75	I21
новоутворення	новоутворення	A79; B72; B73; B74; B75; D74; D75; D76; D77; D78; F74; H75; K72; L71; L97; N74; N75; N76; R84; R85; R86; R92; S77; T71; T72; T73; U75; U76; U77; U78; U79; W72; W73; X75; X76; X77; X78; X79; X80; X81; Y77; Y78; Y79	C00-C97
COVID-19	COVID-19		U07.1; U07.2

Додаток 2. Гайд для інтерв'ю ключових стейкхолдерів

Добрий день.

Дякуємо, що погодилися зустрітися і з командою проєкту USAID «Реабілітація в Україні». Ми пропонуємо вам взяти участь в інтерв'ю з вивчення потреби в реабілітації та асистивних технологіях у вашій громаді. Ваші відповіді допоможуть нам побачити ключові перепони та можливості для розвитку реабілітаційних послуг у громаді, сформувані відповідні рекомендації для залучених сторін.

Для початку просимо ознайомитися з основними умовами участі:

- Участь є добровільною. Ви можете відмовитись відповідати на будь-яке запитання або припинити участь у будь-який момент без жодних негативних наслідків.
- Конфіденційність гарантовано. Ваше ім'я чи будь-яка інша персональна інформація не згадуватимуться в звітах. Усі дані будуть знеособлені.

Чи згодні ви взяти участь в інтерв'ю?

№	Групи питань	ОМС	ПМД	СМД	СОЦ	ГС
1	Потреба					
1.1	Як би ви загалом охарактеризували стан здоров'я та добробуту вашої громади?	x	x	x	x	x
1.2	Як ви розумієте, що таке реабілітаційні послуги на рівні громади? Що таке допоміжні засоби реабілітації (ДЗР)?	x	x	x	x	x
1.3	Які групи населення, на вашу думку, найбільше потребують реабілітації на рівні громади?	x	x	x	x	x
1.4	Будь ласка, для кожної з цих груп населення назвіть стани, хвороби, які у вашій практиці зустрічаються найчастіше?	x	x	x	x	x
1.5	Що ви могли б вчинити на своєму робочому місці, щоб попередити погіршення їхнього стану здоров'я?	x	x	x	x	x
2	Організація послуг					
2.1	Які і в яких закладах громади існують амбулаторні послуги реабілітації?	x	x	x	x	x

№	Групи питань	ОМС	ПМД	СМД	СОЦ	ГС
2.2	Чи є місцеві програми, які фінансують амбулаторні реабілітаційні послуги та/або ДЗР? Якщо «так», розкажіть про них детальніше.	x	x	x	x	x
2.3	Яка роль ПМД/СМД/соціальних служб у реабілітації?		x	x	x	
2.4	Розкажіть про кадровий потенціал для надання реабілітації в громаді (наявність і залученість персоналу)	x	x	x	x	x
2.5	Яких фахівців (або набору компетенцій, навичок) не вистачає в громаді для налагодження реабілітаційних послуг?	x	x	x	x	x
2.6	Чи мають лікарі/середній медичний персонал навички і знання для оцінки потреби в реабілітації і направленні на отримання цієї послуги?		x	x		
2.7	Як ви вважаєте, чи готові сімейні лікарі та медичні сестри опановувати знання з базової реабілітації і розширювати свої послуги? Чому?	x	x			
2.8	Що потрібно, аби запустити реабілітаційні послуги на рівні ПМД?	x	x			
2.9	Як проводиться робота з пацієнтом, виписаним додому після проходження реабілітації?		x	x		
2.10	Наскільки, на ваш погляд, ДЗР є доступними?	x	x	x	x	x
2.11	Наскільки, на вашу думку, мешканці громади обізнані про доступні послуги реабілітації та ДЗР?	x	x	x	x	x
2.12	Який алгоритм отримання ДЗР на рівні громади?		x	x	x	
2.13	Яких ДЗР, на вашу думку, найбільше потребують жителі громади? Чому?	x	x	x	x	x
2.14	Як мешканці громади сприймають використання ДЗР? Чи трапляється упереджене сприйняття або вагання?	x	x	x	x	x

№	Групи питань	ОМС	ПМД	СМД	СОЦ	ГС
2.15	Чи наявні місцеві ГО, створені людьми з інвалідністю?	x				
2.16	Чи наявні групи самодопомоги? Якщо «так», то як вони функціонують?	x	x	x	x	x
3	Актуальна ситуація					
3.1	Які ключові перепони для розвитку реабілітації на рівні громади?	x	x	x	x	x
3.2	Які можливості та ресурси наразі доступні для розвитку реабілітації на рівні ПМД/громади?	x	x	x	x	x
4.	Бачення розвитку реабілітації на рівні громади					
4.1	Як, на вашу думку, слід організувати реабілітацію на рівні ПМД/громади?	x	x	x	x	x
4.2	Які послуги мають входити до неї?	x	x	x	x	x
4.3	Які заходи в громаді можуть сприяти підвищенню обізнаності та доступу до реабілітаційних послуг і ДЗР?	x	x	x	x	x

Додаток 3. Показники на рівні громади, які зібрано за допомогою онлайн анкети

Показник	Близню- ківська	Кодим- ська	Липо- вецька	Магда- линів- ська	Менська	Овруць- ка	Рожи- щенська	Тара- щанська	Шполян- ська	Шум- ська
Тип громади	селищна	міська	міська	селищна	міська	міська	міська	міська	міська	міська
Площа (кв. км.)	1 380,00	706,30	613,00	928,00	1 000,00	1 530,00	465,80	757,40	783,00	637,90
Кількість населених пунктів	97	21	38	34	39	91	37	35	22	36
Кількість вразливих груп населення за категоріями:										
Люди пенсійного віку (65+)	2 903	3 833	4 065	3 206	5 187	7 207	4 223	5 383	6 856	4 037
Люди з інвалідністю (ВСЬОГО)	1 302	1 042	НД	464	1 164	3 792	НД	НД	2 371	1 442
з них:										
люди з I групою інвалідності	23	120	НД	135	108	438	НД	44	170	141
люди з II групою інвалідності	457	812	НД	215	338	1 296	НД	50	1 425	152
діти з інвалідністю (0-5 р.)	8	18	НД	33	23	15	НД	19	6	19
діти з інвалідністю (6-18 р.)	56	92	НД	53	138	126	НД	210	73	129
діти з інвалідністю, які навчаються в закладах дошкільної освіти	4	4	НД	НД	23	32	6	10	6	12
діти з інвалідністю, які навчаються в школі на денній формі навчання	28	28	НД	28	48	87	53	193	63	49
Ветерани війни	682	550	НД	НД	НД	1 443	200	71	1 412	620
ВПО	4 009	913	НД	956	2 964	407	296	1 156	3 046	320
Центр надання соціальних послуг										
Кількість фахівців соціальної служби (фізичних осіб)										
Фахівець соціальної роботи	2	3	3	3	9	3	0	5	3	4
Соціальний працівник	2	0	0	0	1	0	7	3	1	1
Фахівець із супроводу ветеранів	1	1	1	1	0	1	2	6	1	4
Соціальний робітник	23	25	22	24	51	25	30	42	31	40
<i>Середній вік соціальних робітників</i>	47	50+	50+	55	54	46	55	52	50	40+

[illegible]

Показник	Близню- ківська	Кодим- ська	Липо- вецька	Магда- лінів- ська	Менська	Овруць- ка	Рожи- щенська	Тара- щанська	Шполян- ська	Шум- ська
Пакет ПМГ №53 (Стац. реаб.) (так/ні)	так	ні	так	ні	так	так	ні	ні	ні	ні
Пакет ПМГ №54 (Амб. реаб.) (так/ні)	так	ні	так	ні	так	так	так	ні	ні	ні
Найбільша відстань від н.п. до лікарні в громаді (км)	37	30	22	50	32	70	32	20	28	27
Середній час доїзду від цього н.п. до лікарні в громаді (хв)	80	90	29	60	44	100	38	30	32	40
Найбільша відстань від н.п. до най- ближчої кластерної лікарні (км)	54	75	68	80	59	120	58	72	62	57
Середній час доїзду від цього н.п. до найближчої кластерної лікарні (хв)	85	75	84	105	76	150	74	66	57	70
Кількість фахівців із реабілітації, які працюють у лікарні (фізичних осіб)	24	4	23	7	24	35	16	5	0	4
лікар фізичної та реабілітаційної ме- дицини	5	1	5	1	3	4	2	1	0	2
фізичний терапевт	5	0	4	0	3	4	3	0	0	0
ерготерапевт	2	0	2	0	2	4	3	0	0	0
терапевт мови та мовлення (логопед)	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1
протезист-ортезист	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
психолог (клінічний)	2	1	2	1	2	4	2	1	0	1
психотерапевт	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
сестра медична з реабілітації	0	0	2	1	8	7	0	0	0	0
асистент фізичного терапевта	5	1	4	0	3	2	2	1	0	0
асистент ерготерапевта	2	1	2	0	2	3	2	1	0	0
<i>інші (додайте)</i>										
логопед	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0
сестра медична з лікувальної фізкуль- тури	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0

Додаток 4. Профілі громад

Близнюківська громада

Область	Харківська
Тип громади	Селища
Площа	1 376,0 км. кв.
Населення (за деклараціями станом на 31.12.2024)	13 580 осіб
Рівень фінансової спроможності (2024)	Високий
Заклад ПМД	Близнюківська ЦРЛ (4 амб.)
Лікарня	Близнюківська ЦРЛ (загальна)
Пакет ПМГ «Стационарна реабілітаційна допомога»	Так
Пакет ПМГ «Амбулаторна реабілітаційна допомога»	Так
Відстань / час доїзду від найвіддаленішого населеного пункту до центру ТГ	37 км / 1 год 20 хв
Відстань / час доїзду від найвіддаленішого населеного пункту до найближчої кластерної лікарні	54 км / 1 год 25 хв



Харківська область

Потреба в реабілітації – 2 859 осіб

Звернення до системи охорони здоров'я із захворюваннями, що потребують реабілітації (дані ЕСОЗ за 2024 рік)

ЗАХВОРЮВАННЯ	ЖІНКИ	ЧОЛОВІКИ	ЗАГАЛЬНА КІЛЬКІСТЬ
Порушення кістково-м'язової системи	1 394	1 504	2 898
інші травми	422	676	1 098
остеоартроз	473	348	821
біль у попереку	274	210	484
переломи	121	177	298
біль у шиї	64	64	128
ревматоїдний артрит	40	26	66
ампутація		3	3
Неврологічні розлади	351	314	665
дитячий церебральний параліч	264	194	458
черепно-мозкова травма	14	43	57
інсульт	16	26	42
захворювання рухових нейронів	16	16	32
Синдром Г'єна-Барре	16	16	32
розсіяний склероз	8	8	16
Хвороба Паркінсона	13	3	16
травма спинного мозку	3	8	11
Хвороба Альцгеймера та деменція	1		1
Новоутворення	421	252	673
Серцево-судинні захворювання	77	93	170
серцева недостатність	75	83	158
гострий інфаркт міокарда	2	10	12
Сенсорні порушення	213	227	440
втрата зору	184	134	318
зниження слуху	29	93	122
Хронічні захворювання дихальних шляхів	53	96	149
ХОЗЛ	53	96	149
Психічні розлади	19	63	82
порушення інтелектуального розвитку	19	59	78
розлад спектру аутизму		2	2
шизофренія		2	2
COVID-19	2	2	4
ЗАГАЛЬНА КІЛЬКІСТЬ	2 530	2 551	5 081

Статтєво-віковий розподіл серед пацієнтів, які потребували реабілітації у 2024 році



Стани здоров'я, за якими потребували реабілітації у 2024 році

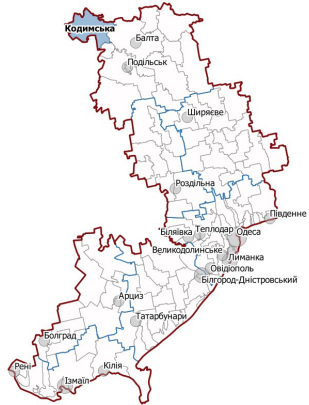


Топ-5 захворювань, що потребували реабілітації у 2024 році



Кодимська громада

Область	Одеська
Тип громади	Міська
Площа	706,3 км. кв.
Населення (за деклараціями станом на 31.12.2024)	18 754 особи
Рівень фінансової спроможності (2024)	Оптимальний
Заклад ПМД	Кодимський ЦПМСД (4 амб.)
Лікарня	Кодимська лікарня (загальна)
Пакет ПМГ «Стаціонарна реабілітаційна допомога»	Ні
Пакет ПМГ «Амбулаторна реабілітаційна допомога»	Ні
Відстань / час доїзду від найвіддаленішого населеного пункту до центру ТГ	22 км / 42 хв
Відстань / час доїзду від найвіддаленішого населеного пункту до найближчої кластерної лікарні	67 км / 1 год 22 хв



Одеська область

Потреба в реабілітації – 3 363 особи

Звернення до системи охорони здоров'я із захворюваннями, що потребують реабілітації (дані ЕСОЗ за 2024 рік)			
ЗАХВОРЮВАННЯ	ЖІНКИ	ЧОЛОВІКИ	ЗАГАЛЬНА КІЛЬКІСТЬ
Порушення кістково-м'язової системи	1 807	1 748	3 555
інші травми	808	960	1 768
остеоартроз	631	413	1 044
переломи	226	218	444
біль у попереку	84	89	173
біль у шиї	25	35	60
ревматоїдний артрит	32	27	59
ампутація	1	6	7
Новоутворення	418	210	628
Неврологічні розлади	248	255	503
дитячий церебральний параліч	116	93	209
інсульт	65	54	119
черепно-мозкова травма	12	60	72
захворювання рухових нейронів	18	18	36
Синдром Гієна-Барре	18	17	35
Хвороба Паркінсона	11	7	18
травма спинного мозку	1	5	6
розсіяний склероз	5		5
Хвороба Альцгеймера та деменція	2	1	3
Серцево-судинні захворювання	166	181	347
серцева недостатність	155	158	313
гострий інфаркт міокарда	11	23	34
Сенсорні порушення	75	91	166
зниження слуху	27	71	98
втрата зору	48	20	68
Психічні розлади	21	66	87
порушення інтелект. розвитку	21	65	86
розлад спектру аутизму		1	1
COVID-19	29	26	55
Хронічні захворювання дихальних шляхів	16	32	48
ХОЗЛ	16	32	48
ЗАГАЛЬНА КІЛЬКІСТЬ	2 780	2 609	5 389

Статтєво-віковий розподіл серед пацієнтів, які потребували реабілітації у 2024 році



Стани здоров'я, за якими потребували реабілітації у 2024 році



Топ-5 захворювань, що потребували реабілітації у 2024 році



Липовецька громада

Область	Вінницька
Тип громади	Міська
Площа	613,0 км. кв.
Населення (за деклараціями станом на 31.12.2024)	17 625 осіб
Рівень фінансової спроможності (2024)	Високий
Заклад ПМД	Липовецький ЦПМСД (4 амб.)
Лікарня	Липовецька обласна лікарня відновного лікування дітей
Пакет ПМГ «Стационарна реабілітаційна допомога»	Так
Пакет ПМГ «Амбулаторна реабілітаційна допомога»	Так
Відстань / час доїзду від найвіддаленішого населеного пункту до центру ОТГ	22 км / 29 хв
Відстань / час доїзду від найвіддаленішого населеного пункту до найближчої кластерної лікарні	68 км / 1 год 24 хв



Вінницька область

Потреба в реабілітації – 3 824 особи

Звернення до системи охорони здоров'я із захворюваннями, що потребують реабілітації (дані ЕСОЗ за 2024 рік)			
ЗАХВОРЮВАННЯ	ЖІНКИ	ЧОЛОВІКИ	ЗАГАЛЬНА КІЛЬКІСТЬ
Порушення кістково-м'язової системи	1 775	1 858	3 633
інші травми	580	809	1 389
остеоартроз	702	549	1 251
переломи	228	248	476
біль у попереку	205	204	409
ревматоїдний артрит	35	28	63
біль у шиї	25	17	42
ампутація		3	3
Неврологічні розлади	565	527	1 092
дитячий церебральний параліч	182	147	329
Синдром Г'єна-Барре	161	146	307
захворювання рухових нейронів	160	146	306
інсульт	18	32	50
черепно-мозкова травма	13	37	50
Хвороба Паркінсона	13	10	23
розсіяний склероз	16	6	22
Хвороба Альцгеймера та деменція	2	3	5
Новоутворення	450	278	728
Серцево-судинні захворювання	200	171	371
серцева недостатність	194	156	350
гострий інфаркт міокарда	6	15	21
COVID-19	211	140	351
Сенсорні порушення	68	110	178
зниження слуху	40	95	135
втрата зору	28	15	43
Хронічні захворювання дихальних шляхів	53	78	131
ХОЗЛ	53	78	131
Психічні розлади	18	52	70
порушення інтелект. розвитку	11	46	57
шизофренія	6	5	11
розлад спектру аутизму	1	1	2
ЗАГАЛЬНА КІЛЬКІСТЬ	3 340	3 214	6 554

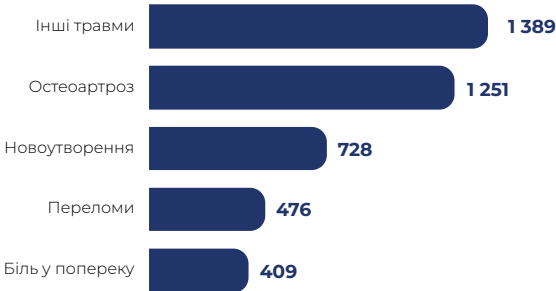
Статеві-віковий розподіл серед пацієнтів, які потребували реабілітації у 2024 році



Стани здоров'я, за якими потребували реабілітації у 2024 році



Топ-5 захворювань, що потребували реабілітації у 2024 році



Магдалинівська громада

Область	Дніпропетровська
Тип громади	Селищна
Площа	928,0 км. кв.
Населення (за деклараціями станом на 31.12.2024)	17 598 осіб
Рівень фінансової спроможності (2024)	Високий
Заклад ПМД	Магдалинівський ЦПМСД (6 амб.)
Лікарня	Магдалинівська ЦЛ (загальна)
Пакет ПМГ «Стационарна реабілітаційна допомога»	Ні
Пакет ПМГ «Амбулаторна реабілітаційна допомога»	Ні
Відстань / час доїзду від найвіддаленішого населеного пункту до центру ОТГ	50 км / 60 хв
Відстань / час доїзду від найвіддаленішого населеного пункту до найближчої кластерної лікарні	80 км / 1 год 45 хв



Дніпропетровська область

Потреба в реабілітації – 3 788 осіб

Звернення до системи охорони здоров'я із захворюваннями, що потребують реабілітації (дані ЕСОЗ за 2024 рік)			
ЗАХВОРЮВАННЯ	ЖІНКИ	ЧОЛОВІКИ	ЗАГАЛЬНА КІЛЬКІСТЬ
Порушення кістково-м'язової системи	1 678	2 032	3 710
інші травми	597	807	1 404
остеоартроз	634	610	1 244
переломи	154	216	370
біль у попереку	119	217	336
біль у шиї	152	156	308
ревматоїдний артрит	22	24	46
ампутація		2	2
Новоутворення	624	292	916
Неврологічні розлади	168	292	460
дитячий церебральний параліч	109	151	260
черепно-мозкова травма	16	83	99
інсульт	23	42	65
розсіяний склероз	8	6	14
Хвороба Паркінсона	7	6	13
травма спинного мозку		3	3
Хвороба Альцгеймера та деменція	3		3
Синдром Гійєна-Барре	1	1	2
захворювання рухових нейронів	1		1
Хронічні захворювання дихальних шляхів	115	206	321
ХОЗЛ	115	206	321
Сенсорні порушення	159	137	296
втрата зору	140	80	220
зниження слуху	19	57	76
Серцево-судинні захворювання	80	111	191
серцева недостатність	69	88	157
гострий інфаркт міокарда	11	23	34
Психічні розлади	30	78	108
порушення інтелект. розвитку	24	66	90
шизофренія	6	12	18
COVID-19	22	15	37
ЗАГАЛЬНА КІЛЬКІСТЬ	2 876	3 163	6 039

Статеві-віковий розподіл серед пацієнтів, які потребували реабілітації у 2024 році



Стани здоров'я, за якими потребували реабілітації у 2024 році



Топ-5 захворювань, що потребували реабілітації у 2024 році



Менська громада

Область	Чернігівська
Тип громади	Міська
Площа	1000,0 км. кв.
Населення (за деклараціями станом на 31.12.2024)	21 206 осіб
Рівень фінансової спроможності (2024)	Високий
Заклад ПМД	Менський ЦПМСД (4 амб.)
Лікарня	Менська МЛ (загальна)
Пакет ПМГ «Стаціонарна реабілітаційна допомога»	Так
Пакет ПМГ «Амбулаторна реабілітаційна допомога»	Так
Відстань / час доїзду від найвіддаленішого населеного пункту до центру ОТГ	32 км / 44 хв
Відстань / час доїзду від найвіддаленішого населеного пункту до найближчої кластерної лікарні	59 км / 1 год 16 хв



Чернігівська область

Потреба в реабілітації – 6 034 особи

Звернення до системи охорони здоров'я із захворюваннями, що потребують реабілітації (дані ЕСОЗ за 2024 рік)			
ЗАХВОРЮВАННЯ	ЖІНКИ	ЧОЛОВІКИ	ЗАГАЛЬНА КІЛЬКІСТЬ
Порушення кістково-м'язової системи	3 170	2 977	6 147
остеоартроз	1,366	783	2,149
інші травми	854	1,254	2,108
переломи	461	516	977
біль у попереку	319	303	622
біль у шиї	106	80	186
ревматоїдний артрит	63	36	99
ампутація	1	5	6
Новоутворення	832	411	1 243
Неврологічні розлади	628	517	1 145
дитячий церебральний параліч	425	272	697
черепно-мозкова травма	45	106	151
інсульт	57	60	117
Хвороба Паркінсона	33	28	61
Синдром Г'єна-Барре	25	18	43
захворювання рухових нейронів	24	18	42
розсіяний склероз	14	6	20
травма спинного мозку	2	9	11
Хвороба Альцгеймера та деменція	3		3
Серцево-судинні захворювання	359	341	700
серцева недостатність	345	309	654
гострий інфаркт міокарда	14	32	46
Сенсорні порушення	165	189	354
зниження слуху	93	136	229
втрата зору	72	53	125
Хронічні захворювання дихальних шляхів	112	150	262
ХОЗЛ	112	150	262
Психічні розлади	74	148	222
порушення інтелект. розвитку	73	137	210
розлад спектру аутизму	1	11	12
COVID-19	97	46	143
ЗАГАЛЬНА КІЛЬКІСТЬ	5 437	4 779	10 216

Статеві-віковий розподіл серед пацієнтів, які потребували реабілітації у 2024 році



Стани здоров'я, за якими потребували реабілітації у 2024 році

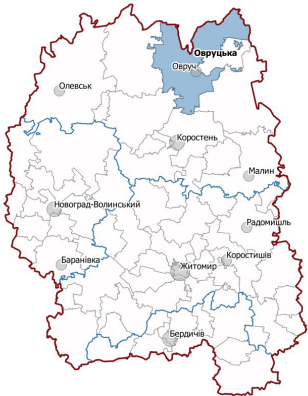


Топ-5 захворювань, що потребували реабілітації у 2024 році



Овруцька громада

Область	Житомирська
Тип громади	Міська
Площа	1 530,0 км. кв.
Населення (за деклараціями станом на 31.12.2024)	34 105 осіб
Рівень фінансової спроможності (2024)	Оптимальний
Заклад ПМД	Овруцький ЦПМСД (6 амб.)
Лікарня	Овруцька МЛ (загальна)
Пакет ПМГ «Стаціонарна реабілітаційна допомога»	Так
Пакет ПМГ «Амбулаторна реабілітаційна допомога»	Так
Відстань / час доїзду від найвіддаленішого населеного пункту до центру ОТГ	70 км / 1 год 40 хв
Відстань / час доїзду від найвіддаленішого населеного пункту до найближчої кластерної лікарні	120 км / 2 год 30 хв



Житомирська область

Потреба в реабілітації – 8 057 осіб

Звернення до системи охорони здоров'я із захворюваннями, що потребують реабілітації (дані ЕСОЗ за 2024 рік)			
ЗАХВОРЮВАННЯ	ЖІНКИ	ЧОЛОВІКИ	ЗАГАЛЬНА КІЛЬКІСТЬ
Порушення кістково-м'язової системи	3 830	3 913	7 743
остеоартроз	2,230	1,575	3,805
інші травми	960	1,658	2,618
переломи	349	445	794
біль у попереку	108	116	224
ревматоїдний артрит	104	50	154
біль у шиї	79	67	146
ампутація		2	2
Неврологічні розлади	934	825	1 759
дитячий церебральний параліч	779	582	1,361
черепно-мозкова травма	39	134	173
інсульт	41	40	81
Хвороба Паркінсона	31	21	52
розсіяний склероз	23	13	36
Хвороба Альцгеймера та деменція	11	8	19
захворювання рухових нейронів	4	11	15
Синдром Г'єна-Барре	4	10	14
травма спинного мозку	2	6	8
Новоутворення	1 206	471	1 677
Серцево-судинні захворювання	746	643	1 389
серцева недостатність	732	608	1,34
гострий інфаркт міокарда	14	35	49
Сенсорні порушення	313	337	650
зниження слуху	122	227	349
втрата зору	191	110	301
Хронічні захворювання дихальних шляхів	263	307	570
ХОЗЛ	263	307	570
Психічні розлади	50	98	148
порушення інтелект. розвитку	47	89	136
розлад спектру аутизму	3	8	11
шизофренія		1	1
COVID-19	80	40	120
ЗАГАЛЬНА КІЛЬКІСТЬ	7 422	6 634	14 056

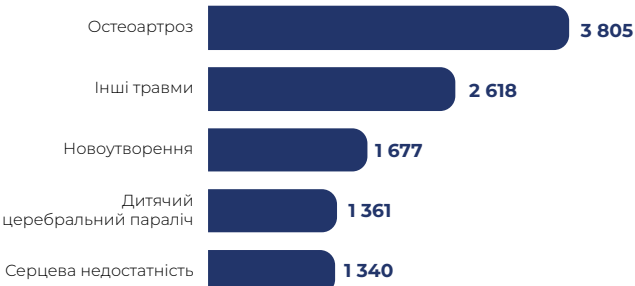
Статеві-віковий розподіл серед пацієнтів, які потребували реабілітації у 2024 році



Стани здоров'я, за якими потребували реабілітації у 2024 році



Топ-5 захворювань, що потребували реабілітації у 2024 році



Рожищенська громада

Область	Волинська
Тип громади	Міська
Площа	465,8 км. кв.
Населення (за деклараціями станом на 31.12.2024)	26 541 особа
Рівень фінансової спроможності (2024)	Задовільний
Заклад ПМД	Рожищенський ЦПМСД (5 амб.)
Лікарня	Рожищенська БЛ (загальна)
Пакет ПМГ «Стаціонарна реабілітаційна допомога»	Ні
Пакет ПМГ «Амбулаторна реабілітаційна допомога»	Так
Відстань / час доїзду від найвіддаленішого населеного пункту до центру ОТГ	32 км / 38 хв
Відстань / час доїзду від найвіддаленішого населеного пункту до найближчої кластерної лікарні	58 км / 1 год 14 хв



Волинська область

Потреба в реабілітації – 5 085 осіб

Звернення до системи охорони здоров'я із захворюваннями, що потребують реабілітації (дані ЕСОЗ за 2024 рік)

ЗАХВОРЮВАННЯ	ЖІНКИ	ЧОЛОВІКИ	ЗАГАЛЬНА КІЛЬКІСТЬ
Порушення кістково-м'язової системи	2 372	2 835	5 207
інші травми	857	1 394	2 251
остеоартроз	681	487	1,168
переломи	366	474	840
біль у попереку	344	384	728
біль у шиї	69	56	125
ревматоїдний артрит	55	35	90
ампутація		5	5
Неврологічні розлади	481	548	1 029
дитячий церебральний параліч	308	301	609
інсульт	90	90	180
черепно-мозкова травма	28	106	134
розсіяний склероз	25	11	36
Хвороба Паркінсона	17	16	33
захворювання рухових нейронів	4	8	12
Синдром Гійєна-Барре	5	7	12
травма спинного мозку	2	6	8
Хвороба Альцгеймера та деменція	2	3	5
Новоутворення	578	344	922
Серцево-судинні захворювання	334	349	683
серцева недостатність	312	324	636
гострий інфаркт міокарда	22	25	47
Сенсорні порушення	157	171	328
втрата зору	95	72	167
зниження слуху	62	99	161
COVID-19	98	62	160
Хронічні захворювання дихальних шляхів	30	94	124
ХОЗЛ	30	94	124
Психічні розлади	24	49	73
порушення інтелект. розвитку	21	40	61
розлад спектру аутизму	3	9	12
ЗАГАЛЬНА КІЛЬКІСТЬ	4 074	4 452	8 526

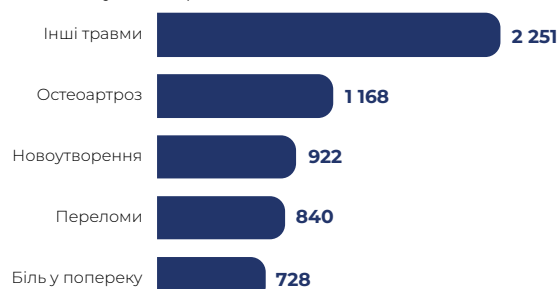
Статтєво-віковий розподіл серед пацієнтів, які потребували реабілітації у 2024 році



Стани здоров'я, за якими потребували реабілітації у 2024 році



Топ-5 захворювань, що потребували реабілітації у 2024 році



Тарашанська громада

Область	Київська
Тип громади	Міська
Площа	757,4 км. кв.
Населення (за деклараціями станом на 31.12.2024)	24 379 осіб
Рівень фінансової спроможності (2024)	Високий
Заклад ПМД	Тарашанський ЦПМСД (7 амб.)
Лікарня	Тарашанська МЛ (загальна)
Пакет ПМГ «Стационарна реабілітаційна допомога»	Ні
Пакет ПМГ «Амбулаторна реабілітаційна допомога»	Ні
Відстань / час доїзду від найвіддаленішого населеного пункту до центру ОТГ	20 км / 30 хв
Відстань / час доїзду від найвіддаленішого населеного пункту до найближчої кластерної лікарні	72 км / 1 год 06 хв



Київська область

Потреба в реабілітації – 3 464 особи

Звернення до системи охорони здоров'я із захворюваннями, що потребують реабілітації (дані ЕСОЗ за 2024 рік)			
ЗАХВОРЮВАННЯ	ЖІНКИ	ЧОЛОВІКИ	ЗАГАЛЬНА КІЛЬКІСТЬ
Порушення кістково-м'язової системи	1 189	1 575	2 764
інші травми	572	911	1 483
остеоартроз	295	289	584
переломи	223	282	505
біль у попереку	48	59	107
ревматоїдний артрит	39	21	60
біль у шиї	12	12	24
ампутація		1	1
Новоутворення	484	316	800
Неврологічні розлади	327	357	684
дитячий церебральний параліч	196	182	378
інсульт	44	46	90
черепно-мозкова травма	15	65	80
Хвороба Паркінсона	27	18	45
захворювання рухових нейронів	17	16	33
Синдром Г'єна-Барре	17	16	33
розсіяний склероз	10	7	17
травма спинного мозку	1	6	7
Хвороба Альцгеймера та деменція		1	1
Серцево-судинні захворювання	119	133	252
серцева недостатність	102	113	215
гострий інфаркт міокарда	17	20	37
Хронічні захворювання дихальних шляхів	132	108	240
ХОЗЛ	132	108	240
Сенсорні порушення	53	108	161
зниження слуху	25	81	106
втрата зору	28	27	55
COVID-19	33	20	53
Психічні розлади	16	34	50
порушення інтелектуального розвитку	14	32	46
розлад спектру аутизму	2	2	4
ЗАГАЛЬНА КІЛЬКІСТЬ	2 353	2 651	5 004

Статтєво-віковий розподіл серед пацієнтів, які потребували реабілітації у 2024 році



Стани здоров'я, за якими потребували реабілітації у 2024 році



Топ-5 захворювань, що потребували реабілітації у 2024 році



Шполянська громада

Область	Черкаська
Тип громади	Міська
Площа	783,0 км. кв.
Населення (за деклараціями станом на 31.12.2024)	30 587 осіб
Рівень фінансової спроможності (2024)	Високий
Заклад ПМД	Шполянський ЦПМСД (6 амб.)
Лікарня	Лікарня ім. братів Коломійченків (загальна)
Пакет ПМГ «Стационарна реабілітаційна допомога»	Ні
Пакет ПМГ «Амбулаторна реабілітаційна допомога»	Ні
Відстань / час доїзду від найвіддаленішого населеного пункту до центру ОТГ	28 км / 32 хв
Відстань / час доїзду від найвіддаленішого населеного пункту до найближчої кластерної лікарні	62 км / 57 хв



Черкаська область

Потреба в реабілітації – 5 543 особи

Звернення до системи охорони здоров'я із захворюваннями, що потребують реабілітації (дані ЕСОЗ за 2024 рік)			
ЗАХВОРЮВАННЯ	ЖІНКИ	ЧОЛОВІКИ	ЗАГАЛЬНА КІЛЬКІСТЬ
Порушення кістково-м'язової системи	2 546	2 266	4 812
other injuries	970	1 165	2 135
остеоартроз	1,009	554	1 563
переломи	410	430	840
біль у попереку	67	49	116
ревматоїдний артрит	64	37	101
біль у шиї	26	29	55
ампутація		2	2
Новоутворення	1 268	487	1 755
Неврологічні розлади	387	333	720
дитячий церебральний параліч	266	156	422
черепно-мозкова травма	23	100	123
інсульт	36	48	84
Хвороба Паркінсона	27	9	36
розсіяний склероз	15	8	23
Синдром Г'єна-Барре	10	5	15
захворювання рухових нейронів	9	5	14
травма спинного мозку		2	2
Хвороба Альцгеймера та деменція	1		1
Сенсорні порушення	142	199	341
зниження слуху	123	183	306
втрата зору	19	16	35
Серцево-судинні захворювання	154	164	318
серцева недостатність	137	139	276
гострий інфаркт міокарда	17	25	42
Хронічні захворювання дихальних шляхів	74	144	218
ХОЗЛ	74	144	218
Психічні розлади	39	68	107
порушення інтелект. розвитку	34	60	94
розлад спектру аутизму	5	6	11
шизофренія		2	2
COVID-19	64	39	103
ЗАГАЛЬНА КІЛЬКІСТЬ	4 674	3 700	8 374

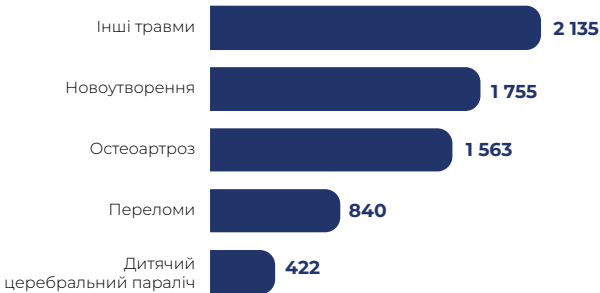
Статеві-віковий розподіл серед пацієнтів, які потребували реабілітації у 2024 році



Стани здоров'я, за якими потребували реабілітації у 2024 році



Топ-5 захворювань, що потребували реабілітації у 2024 році



Шумська громада

Область	Тернопільська
Тип громади	Міська
Площа	637,9 км. кв.
Населення (за деклараціями станом на 31.12.2024)	23 645 осіб
Рівень фінансової спроможності (2024)	Задовільний
Заклад ПМД	Шумський ЦПМСД (2 амб.)
Лікарня	Шумська МЛ (загальна)
Пакет ПМГ «Стаціонарна реабілітаційна допомога»	Ні
Пакет ПМГ «Амбулаторна реабілітаційна допомога»	Ні
Відстань / час доїзду від найвіддаленішого населеного пункту до центру ОТГ	27 км / 40 хв
Відстань / час доїзду від найвіддаленішого населеного пункту до найближчої кластерної лікарні	57 км / 1 год 10 хв



Тернопільська область

Потреба в реабілітації – 4 221 особи

Звернення до системи охорони здоров'я із захворюваннями, що потребують реабілітації (дані ЕСОЗ за 2024 рік)			
ЗАХВОРЮВАННЯ	ЖІНКИ	ЧОЛОВІКИ	ЗАГАЛЬНА КІЛЬКІСТЬ
Порушення кістково-м'язової системи	2 120	2 136	4 256
інші травми	788	1 037	1 825
остеоартроз	741	498	1 239
переломи	287	374	661
біль у попереку	181	157	338
біль у шиї	83	29	112
ревматоїдний артрит	40	39	79
ампутація		2	2
Новоутворення	862	308	1 170
Хронічні захворювання дихальних шляхів	223	257	480
ХОЗЛ	223	257	480
Неврологічні розлади	235	228	463
дитячий церебральний параліч	133	103	236
черепно-мозкова травма	23	54	77
інсульт	28	32	60
Хвороба Паркінсона	13	13	26
розсіяний склероз	14	3	17
Хвороба Альцгеймера та деменція	12	4	16
травма спинного мозку	4	9	13
захворювання рухових нейронів	4	5	9
Синдром Гійєна-Барре	4	5	9
Серцево-судинні захворювання	206	185	391
серцева недостатність	200	177	377
гострий інфаркт міокарда	6	8	14
Сенсорні порушення	63	142	205
зниження слуху	38	116	154
втрата зору	25	26	51
Психічні розлади	68	101	169
порушення інтелект. розвитку	55	81	136
шизофренія	7	12	19
розлад спектру аутизму	6	8	14
COVID-19	29	28	57
ЗАГАЛЬНА КІЛЬКІСТЬ	3 806	3 385	7 191

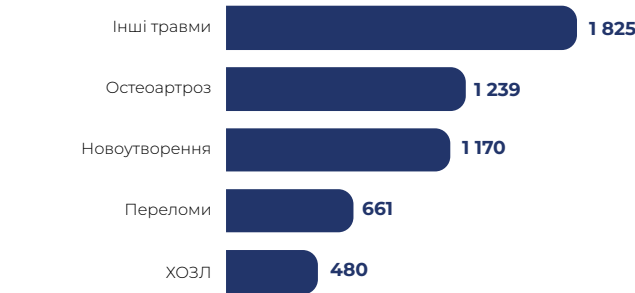
Статеві-віковий розподіл серед пацієнтів, які потребували реабілітації у 2024 році



Стани здоров'я, за якими потребували реабілітації у 2024 році



Топ-5 захворювань, що потребували реабілітації у 2024 році



Показник	Близню- ківська	Кодим- ська	Липо- вецька	Магда- лінів- ська	Менська	Овруць- ка	Рожи- щенська	Тара- щанська	Шполян- ська	Шум- ська
брат/сестра медичні з масажу	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
лікар-фізіотерапевт	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
сестра медична (з фізіотерапії)	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0
кейс-менеджер	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
інструктор-масажист з лікувальної фізкультури та реабілітації	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Середній вік фахівців із реабілітації</i>	<i>37</i>	<i>60+</i>	<i>34</i>	<i>38</i>	<i>46</i>	<i>37</i>	<i>45</i>	<i>41</i>	<i>-</i>	<i>43</i>

*Липовецька обласна лікарня відновного лікування дітей має обласне підпорядкування, обслуговує пацієнтів із усієї України. Частка мешканців громади серед всіх пацієнтів лікарні близько 15%. Також у Липовецькій громаді діє КНП «Липовецька міська лікарня» Липовецької міської ради Вінницького району Вінницької області зі статусом лікарні на рівні громади. Цей ЗОЗ не має укладених договорів із НСЗУ за пакетами ПМГ №33 (Стац. реаб.) та №19 (Амб. реаб.), проте в закладі працює лікар фізичної та реабілітаційної медицини, який надає послуги в межах пакета ПМГ №9 (Амбулаторна медична допомога).