A dark, atmospheric photograph of a hallway. In the center, a person is walking away from the camera, their silhouette dark against the light coming from an open doorway at the end of the hallway. They are using crutches. To the right, another person is partially visible, also using crutches. The walls are light-colored, and the floor is dark. The overall mood is somber and contemplative.

Реабілітація українських військових та ветеранів

Досвід долання несистемності.
Дослідження

Автори: Ганна Овод, Євген Лисенко, Поліна Липова

Над дослідженням також працювали: Софія Огій, Наталія Федор, Любов Галан

Коректура та редагування: Оксана Расулова, Аліна Денисенко

Дизайн та верстка: Анастасія Струк

Фото на обкладинці: Данило Павлов

Реабілітація українських військових та ветеранів: досвід додання несистемності. Дослідження – Київ, серпень 2024. – 116 с.

Ми дякуємо всім військовим і ветеранам, їхнім родинам, фахівцям та фахівчиням з реабілітації, які інвестували свій час у це дослідження. А також нашим колегам-експерткам у сфері охорони здоров'я, які поліпшили нашу роботу рецензіями.

Принцип

Правозахисний центр для військовослужбовців «Принцип» – це громадська організація, заснована у 2023 році для правового захисту військових та ветеранів. Наша пріоритетне завдання – адвокація змін у системі взаємодії держави із нашими бенефіціарами.

сайт: pryncyp.com

facebook: [fb.com/pryncypua](https://www.facebook.com/pryncypua)

instagram: [pryncyp.ua](https://www.instagram.com/pryncyp.ua)

x(twitter): [pryncyp_ua](https://twitter.com/pryncyp_ua)

Дослідження підготовлено за підтримки Міжнародного фонду «Відродження». Дослідження представляє позицію авторів і не обов'язково відображає позицію Міжнародного фонду «Відродження».

Міжнародний фонд «Відродження» – одна з найбільших благодійних фундацій в Україні, що з 1990-го року допомагає розвивати в Україні відкрите суспільство на основі демократичних цінностей. За час своєї діяльності Фонд підтримав близько 20 тисяч проектів на суму понад 350 мільйонів доларів США.

сайт: www.irf.ua

facebook: [www.fb.com/irf.ukraine](https://www.facebook.com/irf.ukraine)

Зміст

Список використаних скорочень	4
Вступне слово	5
Резюме дослідження	6
Дизайн дослідження та методологія	8
<hr/>	
Розділ 1. Надання реабілітаційної допомоги військовослужбовцям та ветеранам	18
1.1 До повномасштабного вторгнення росії в Україну	19
1.2 Після повномасштабного вторгнення росії в Україну	21
Розділ 2. Нормативно-правове забезпечення надання реабілітаційної допомоги військовослужбовцям та ветеранам	30
2.1 Визначення поняття «реабілітація»	31
2.2 Нормативне визначення обсягу реабілітаційної допомоги	32
2.3 Фінансування реабілітації	34
2.4 Нормативне визначення реабілітаційного маршруту	36
2.5 Забезпечення допоміжними засобами реабілітації	40
2.6 Нормативне врегулювання протезування	42
2.7 Цільова підтримка військовослужбовців та ветеранів	44
Розділ 3. Опис отриманих результатів дослідження	46
3.1 Реабілітаційний маршрут на практиці	47
3.2 Реабілітаційна допомога	62
3.3 Мультидисциплінарні реабілітаційні команди	79
3.4 Інклюзивність приміщення	83
3.5 Забезпечення допоміжними засобами реабілітації	86
3.6 Психологічна допомога під час реабілітації	89
3.7 Догляд за пораненими у період реабілітації	94
3.8 Протезування	98
3.9 Управління, менеджмент та фінансування реабілітації	105
<hr/>	
Розділ 4. Висновки та рекомендації	107

Список використаних скорочень

АТО/ООС	Антитерористична операція/Операція об'єднаних сил
ВВНЗ	Вищий військовий навчальний заклад
ВЛК	Військово-лікарська комісія
в/с	військовослужбовець, військовий
в/ч	військова частина
ДЗР	допоміжні засоби реабілітації
ЕСОЗ	електронна система охорони здоров'я
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
ЗСУ	Збройні Сили України
ІРП	індивідуальний реабілітаційний план
КМС	Командування медичних сил
лл	лікуючий лікар ¹
МВС	Міністерство внутрішніх справ України
МДРК	мультидисциплінарна реабілітаційна команда
МДК	мультидисциплінарна команда
МКХ	міжнародна класифікація хвороб
МКФ	міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України
МОУ	Міністерство оборони України
МСЕК	медико-соціальна експертна комісія
НСЗУ	Національна служба здоров'я України
ПТСР	посттравматичний стресовий розлад
СЗЧ	самовільне залишення частини
ТЦК та СП	Територіальний центр комплектування та соціальної підтримки
УБД	учасник бойових дій
ФРМ	фізична та реабілітаційна медицина
ЧМТ	черепно-мозкова травма

1 – Ми залишаємося цей термін у нашому дослідженні в такому оригінальному правописі, який хоч і не є нормативним, проте саме таке написання є усталеним для профільної аудиторії

Вступне слово

Сьогодні належна реабілітація військових і ветеранів після отриманих поранень є одним з елементів обороноздатності. Держава щонайперше зацікавлена у найшвидшому відновленні чинних комбатантів задля якнайшвидшого повернення їх до несення служби. Водночас якісна реабілітація – це також про гарантії для громадян в обмін на виконання ними обов'язку захисту Батьківщини. Звісно, тут йдеться про форму поваги у вигляді таких гарантій, а також – про престиж служби, який ними підкріплюється.

Попередні напрацювання «Принципу» дозволили виявити низку проблем у сфері реабілітації. Так, за даними дослідження «Шлях пораненого: потреби, проблеми та бачення майбутнього²», 42% військових заявили про відсутність змоги пройти реабілітацію та/або недостатній реабілітаційний період. Також майже кожен другий розповів про труднощі із проходженням реабілітації. А 24% зазначили хаотичність процедури отримання послуг.

Тож очевидним завданням для нас як правозахисного центру став глибший аналіз цієї сфери для формування рекомендацій відповідним органам влади та залученим до процесу сторонам.

Ми переконані: так само як не можна зволікати із реабілітацією, не

можна зволікати й з впровадженням ефективних змін. Йдеться і про відновлення окремої людини, яка несла службу і в багатьох випадках її продовжить, і про стійкість українського війська.

Наша робота була втілена щонайперше з поваги до чину військовослужбовців та ветеранів, які заслуговують на гідні гарантії від держави. Водночас ми проробили це дослідження для ефективної співпраці зі стейкхолдерами у процесі реабілітації після поранень. Наша мета – посилити державні органи, щоб захисники та захисниці могли отримати якісні та належні послуги якнайшвидше.

Резюме дослідження

Система надання реабілітації військовим та ветеранам наразі фрагментована, оскільки частина закладів, які надають реабілітаційну допомогу є відомчими, тобто підпорядковуються Міністерству оборони України або Міністерству внутрішніх справ України, а інша частина є цивільними закладами, підпорядкованими Міністерству охорони здоров'я України. Тож вимоги до надання послуг для відомчих закладів визначаються чинною нормативною базою, а для цивільних – ще й умова контракування від НСЗУ.

Фінансування реабілітації також не уникло фрагментації. І тут окрім вже названих вище міністерств долучається ще і Міністерство соціальної політики, яке є розпорядником коштів та відповідальним за гарантії безоплатного протезування та забезпечення допоміжними засобами реабілітації. Тож реабілітація з боку держави фінансується з різних джерел за різними методами оплати. Але в системі реабілітації так само залишається простір для приватних надавачів – тоді оплата послуг відбувається з кишені пацієнта. Часто допоміжні засоби реабілітації покриваються, наприклад, благодійною допомогою, а Мінсоцполітики звітує про повернення коштів до бюджету через невикористання, бо не отримувало звернення по допомогу.

Маршрут військового передбачає декілька закладів охорони здоров'я, при чому переведення між закладами залишається незрозумілим для пацієнта та не завжди покриває його потреби. Надавачі ж повідомляють, що для переведення пацієнта потрібно домовлятися із закладом, який приймає. Труднощі на маршруті також виникають через юридичний статус військовослужбовця. Через субординаційний складник служби виникає необхідність узгодження дій із військовою частиною, що поширюється і на сферу отримання медичної допомоги. Така потреба обмежує доступ до реабілітаційних послуг, оскільки звужує вибір надавачів послуг, також часом негативно впливає на терміни отримання реабілітації.

В частині забезпечення гарантій доступу до медичної допомоги військові та ветерани мають ті самі права на отримання реабілітаційної допомоги, що й цивільні особи в рамках програми медичних гарантій. Що стосується особливих гарантій військовим і ветеранам, вони здебільшого стосуються соціального захисту. Однак, військові та ветерани не завжди достатньо поінформовані про важливість реабілітації, а можливість отримати реабілітаційні послуги залежить від рішення військово-лікарської комісії. Експертність ВЛК у визначенні

3 – Закон України «Про військовий обов'язок і військову службу» Джерело: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2232-12#Text>

4 – Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» Джерело: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3551-12#Text>

потреби у реабілітації не була у фокусі цього дослідження, однак, якщо військовослужбовець отримував постанову ВЛК, в якій не зазначалась необхідність в реабілітації, то він або не отримував реабілітаційної допомоги взагалі, або шукав приватних надавачів реабілітаційних послуг.

Задоволеність військових і ветеранів реабілітаційними послугами, за даними дослідження, доволі висока. Серед проблемних моментів отримувачі послуг називали: труднощі у комунікації з медиками (при чому рідні пацієнтів говорили про зневажливе або некоректне ставлення), тривалість надання реабілітаційних послуг та відсутність безбар'єрного простору.

Рідні пацієнтів у важкому стані скаржились на відсутність реабілітації та постійні перескерування до різних закладів, які, однак, не враховували всі потреби пацієнтів: тож фактично вони отримували допомогу, яка лише частково покривала потреби.

Щодо психологічної реабілітації, то військові та ветерани відзначали, що серед усіх фахівців з психічного здоров'я відчувають більшу довіру до тих, хто мав схожий із ними досвід перебування в умовах бойових дій. Водночас надавачі повідомляють про зростання потреби у психологічній допомозі для пацієнтів та для команд, які надають їм допомогу.

Військові та ветерани, які мали потребу у протезуванні, за результатами дослідження, здебільшого мали змогу самостійно обрати протезне підприємство та вибрати протез, а проведення протезування було для них безоплатним. І так само більшість з них потребувала повторної ампутації та реампутації, що своєю чергою подовжувало період відновлення. На думку надавачів послуг, які взяли участь у якісному етапі дослідження, потреба в повторних ампутаціях виникає через відсутність стандартизованого підходу до надання допомоги при ампутаціях.

Дослідження продемонструвало, що система надання реабілітації військовим та ветеранам працює, хоч і недосконало. З огляду на результати, відновлення після поранення можуть поліпшити: розбудова кращої координації між закладами надання послуг та військовими частинами, посилення взаємодії між іншими зацікавленими сторонами, а головне – розробка політик з метою надати реабілітаційні послуги усім за потребами в необхідному обсязі, вчасно і без додаткових фінансових затрат з кишені пацієнта.

Дизайн дослідження та методологія

Дослідження реабілітаційних послуг для військових і ветеранів в Україні у 2023-2024 році здійснювала дослідницька команда Правозахисного центру для військовослужбовців «Принцип». За його результатами ми сформуваємо звіт, у якому виокремили три окремі розділи:

- щодо аналізу надання реабілітаційних послуг у сфері охорони здоров'я в Україні до повномасштабного вторгнення росії в Україну та після нього;

- щодо аналізу нормативно-правового забезпечення реабілітації для військових і ветеранів;

- щодо опису якісного та кількісного етапів дослідження відповідно. Команда також напрацювала висновки та рекомендації для зацікавлених сторін.

Структура кожного підрозділу щодо опису результатів якісного та кількісного етапів дослідження побудована таким чином: представлення бачення ситуації від користувачів послуг та представлення бачення ситуації від надавачів послуг та експертів. Залежно від особливості досліджуваного питання, для деяких тверджень надано більш детальний розподіл вибірки та приклади тез. Проте деякі твердження представляють думку декількох опитаних респондентів, а не всієї вибірки, що переважно вказує на глибшу обізнаність тематики цими респондентами, а не на контрверсій-

ність твердження з іншими.

У цьому дослідженні ми використовуємо терміни «військовослужбовці» («військові») та «ветерани», які тлумачимо так:

- військовослужбовці – особи, які проходять військову службу³;

- ветерани – особи, які брали участь у захисті Батьківщини та були звільнені із військової служби⁴.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Здійснення загального огляду сфери реабілітаційних послуг в Україні щодо травм, отриманих під час бойових завдань, та політик у цій сфері задля визначення ситуації з наданням реабілітаційних послуг і виокремлення проблематики.

ЗАВДАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

1. Оцінити актуальний стан надання реабілітаційних послуг в Україні, зокрема, формування та реалізацію політик, пов'язаних з ними;

2. Проаналізувати різницю в послугах з реабілітації у структурах цивільних державних/комунальних/військових/приватних закладів, а також у санаторно-курортних закладах;

3. Визначити процеси надання послуг з реабілітації, зокрема – маршрут споживача послуг, формування індивідуального реабілітаційного плану, залученості мультидисциплі-

нарної команди, участі (або не участі) окремих фахівців, які мають надавати ці послуги;

4. Дослідити роботу мультидисциплінарних команд і кадрове забезпечення системи реабілітації;

5. Визначити бар'єри та потенційні перешкоди в отриманні реабілітаційних послуг.

ЕТАПИ

1. Кабінетне дослідження: огляд попередніх досліджень, аналіз нормативно-правових актів КМУ, МОЗ, МОУ, КМС, що стосуються сфери реабілітації; дослідження статистичних даних з відкритих джерел щодо кількості наданих послуг та розподілу між різними типами реабілітаційних закладів;

2. Якісний етап: інтерв'ювання користувачів та їхніх родин, надавачів послуг та експертів.

3. Кількісний етап: опитування користувачів послуг та їхніх родин.

ОГЛЯД ЯКІСНОГО ЕТАПУ

Загалом у рамках етапу ми провели 44 інтерв'ю:

- Напівструктуровані глибинні інтерв'ю з отримувачами послуг медичної реабілітації, а саме військовими, ветеранами та їхніми родинами;
- Напівструктуровані глибинні інтерв'ю із надавачами послуг;

- Експертні глибинні інтерв'ю;

До вибірки **споживачів реабілітаційних послуг** увійшли військові та ветерани, які отримали травми, пов'язані з участю в бойових діях, а також на момент опитування мали досвід лікування та реабілітації у різних типах закладів охорони здоров'я. До таких закладів належать військові, цивільні (державні та комунальні), приватні клініки та реабілітаційні центри.

Відбір респондентів відбувався онлайн. Усі охочі з відповідним досвідом могли самостійно подати свою кандидатуру, заповнивши рекрутингову онлайн-анкету, яку ми розмістили на сторінках «Принципу» у соціальних мережах.

Серед респондентів опитано 9 представників родин поранених, які супроводжували військових або ветеранів протягом усього шляху й розповіли про їхній досвід, та 15 військових та ветеранів. Представники родин допомагали та супроводжували близьких на всіх етапах лікування/реабілітації, розв'язували організаційно-адміністративні питання, долучались до медичного догляду та до реабілітаційних процедур. Залучення таких респондентів дозволяє розпізнати їх як важливих, хоч і опосередкованих учасників реабілітації своїх рідних: багато бар'єрів на шляху отримання послуг реабілітації у сфері охорони здоров'я долають саме вони,

як показують попередні дослідження «Принципу». За їхньою допомогою ми також змогли залучити до опитування поранених із серйозними порушеннями функціональності та органів чуття. Зазначимо, якщо було інтерв'юйовано респондентів серед близьких та рідних, сам поранений не опитувався з метою уникнення дублювання досвіду реабілітації.

Ми відібрали 24 респондентів. Їх інтерв'ювали у період **жовтня – листопада 2023 року**, Основні параметри вибірки (відповідно до скринінгової анкети):

Критерій	Кількість
Стать	9 жінок і 15 чоловіків Результати опитування відображають досвід отримання послуг реабілітації у сфері охорони здоров'я чоловіками, а також досвід жінок, які є членами сім'ї чи близькими військовослужбовців, та які супроводжували їх після поранення. Найчастіше участь в опитуванні брали дружини військових.
Тип травми	12 респондентів мають травми нижніх та/або верхніх кінцівок (без ампутацій) 5 респондентів – травми нижніх та/або верхніх кінцівок з ампутацією 2 – травми хребта без пошкодження спинного мозку 11 – акубаротравму 3 – черепно-мозкову травму з ушкодженням органів чуття 3 – черепно-мозкову травму без ушкодження органів чуття 1 – травму грудної порожнини 3 – травму черевної порожнини 4 – мають інші захворювання 3 – мають комбіновані ушкодження (поєднання 2 або більше з вищенаведених)
Лікування	Респонденти повідомили про досвід отримання медичних послуг, де перебували з метою лікування та не отримували реабілітаційні послуги, у 91 закладі охорони здоров'я, з них військовий госпіталь – 37, комунальний/державний ЗОЗ – 48, приватний – 6.
Реабілітація	Респонденти повідомили про досвід реабілітації в 42 закладах, а також окремо 4 респонденти повідомили про реабілітацію приватно з фахівцем з реабілітації, поза лікувальним закладом. Військовий госпіталь – 7, комунальний/державний – 24, приватний – 7, санаторно-курортний заклад – 3, громадська організація – 1.

Протезування	3 респондентів мають досвід протезування
---------------------	--

Інтерв'ювання надавачів реабілітаційних послуг відбувалося серед:

- медичних фахівців, які залучені до лікування після поранень, пов'язаних з війною, і реабілітації військових;
- керівників/завідувачів реабілітаційних відділень/структурних підрозділів.

Загалом ми опитали **13 респондентів** з комунальних, приватних і державних закладів, підпорядкованих МОУ, МВС, МОЗ. Респондентів відбирали методом «снігової кулі». Інтерв'ювання здійснювали від грудня 2023 року до лютого 2024 року.

Експертні інтерв'ю були проведені із представниками неурядових організацій та експертами національного рівня, представниками влади, які залучені до формування державних політик щодо реабілітаційних послуг МОЗ/НСЗУ/КМС. Ми опитали 7 експертів. Респондентів відбирали методом «снігової кулі». Інтерв'ювання здійснювали від грудня 2023 року до лютого 2024 року.

ОГЛЯД КІЛЬКІСНОГО ЕТАПУ

Для верифікації знахідок, отриманих під час якісного етапу (зокрема, з'ясування досвіду отримання послуг з реабілітації на різних етапах маршруту у закладах охорони здоров'я) ми здійснили кількісне опитування користувачів послуг та їхніх родин через онлайн-анкетування.

Опитування відбувалося через самозаповнення анкети, яка була поширена через соціальні мережі та інші медіа-інструменти серед бенефіціа-

рів організації – військовослужбовців та ветеранів, які отримали поранення на службі, та їхніх родин, які супроводжували їх на етапі реабілітації. Поширення анкет відбувалося на публічних сторінках соціальних мереж «Принципу», а також із залученням з метою поширення організацій-партнерів та фізичних осіб з потенційно цільовою аудиторією респондентів дослідження, в тому числі інших правозахисних, громадських та ветеранських організацій. Крім того, ми використали метод «снігової кулі», попросивши респондентів поширити посилання на анкету серед своїх знайомих, які проходили реабілітацію або мали призначення для цього від лікарів.

Методологічним обмеженням цього етапу була відсутність повної та надійної інформації про характеристики генеральної сукупності. Оскільки вона має статус державної таємниці, в цих умовах неможливо застосувати ймовірнісну вибірку (тип вибірки, у яку всі представники генеральної сукупності мають рівну ймовірність потрапити). Саме тому автори дослідження обрали метод побудови вибірки через «снігову кулю» і застосували медійні канали поширення повідомлення про дослідження.

Усі військові та ветерани з досвідом поранень, серед яких поширили посилання, мали рівну можливість участі в опитуванні – незалежно від статі, віку й інших соціально-демографічних параметрів.

Кількісний етап дослідження пе-

редбачав онлайн-опитування військових та ветеранів після травми/поранення/захворювання з метою визначення поширення явищ, тверджень та тенденцій, виявлених під час глибоких інтерв'ю. Додатковим аспектом онлайн-опитування було виявлення доступності реабілітації у сфері охорони здоров'я та визначення бар'єрів, які взагалі унеможливили для них початок реабілітації після поранення, хоча їм було призначено або рекомендовано пройти реабілітацію з боку лікарів. Тож у вибірку потрапили як ті, хто мав досвід реабілітації, так і ті, хто такого досвіду на момент проведення опитування не отримав з різних причин.

Для цього було розроблено структуровану анкету, яка містила питання щодо досвіду реабілітації, оцінки якості наданих послуг, задоволеності реабілітаційними програмами та бар'єрів у отриманні допомоги. В рамках опитування респонденти окремо оцінювали досвід реабілітації в кожному з закладів, в якому вони перебували.

Онлайн-опитування відбувалось з використанням власної платформи «Принципу» та відповідним доменним іменем інтернет-сторінки, розробленої для проведення кількісних етапів досліджень. Використання власної платформи дозволило забезпечити високий рівень довіри з боку респондентів та підвищити їхню залученість, також дозволило контролювати безпеку даних та гарантувати конфіденційність. Це важливо для військових та ветеранів, які можуть бути особливо чутливими до питання збереження особистих даних та анонімності відповідей.

Основними завданнями кількісного етапу були:

- Виявити рівень задоволеності військових та ветеранів якістю реабілітаційних послуг загалом, та факторів, які дозволяють досягати успішності реабілітації;
- Оцінити обсяг надання реабілітаційних послуг за день, доступність психологічної допомоги в разі потреби, безбар'єрність у різних типах закладів: військових, госпіталів ветеранів війни, комунальних, приватних, спеціалізованих реабілітаційних центрах;
- Дослідити бар'єри, з якими зіштовхуються поранені під час всіх етапів реабілітації;
- Виявити поширеність та причини залучення додаткових, приватних фахівців з реабілітації, поза основними циклами реабілітації;
- З'ясувати роль військових частин та близьких у процесі реабілітації.

Характеристика респондентів кількісного етапу

Вік

Повних років	Всього	% від усіх респондентів	Проходили реабілітацію	% тих, хто проходив реабілітацію	Не проходили реабілітацію	% тих, хто не проходив реабілітацію
18-26	47	16,2%	22	14,0%	25	18,8%
27-36	125	41,1%	77	49,0%	48	36,1%
37-46	82	28,3%	44	28,0%	38	28,6%
47-57	36	12,4%	14	8,9%	22	16,5%

Стать

Чоловіча	47	16,2%	22	14,0%	25	18,8%
Жіноча	15	5,2%	11	7,0%	4	3,0%

Початок лікування, рік

до 2022	5	1,7%	0	0,0%	5	3,8%
2022	89	30,7%	51	32,5%	38	28,6%
2023	134	46,2%	74	47,1%	60	45,1%
2024	62	21,4%	32	20,4%	30	22,6%

Середня тривалість лікування, місяці

до 2022	-		-		-	
2022	12,3	4,2%	14,4	9,2%	9,4	7,1%
2023	7,9	2,7%	9,3	5,9%	6,3	4,8%
2024	3,1	1,1%	3,5	2,2%	2,7	2,0%

Статус

	Всього	% від усіх респондентів	Проходили реабілітацію	% тих, хто проходив реабілітацію	Не проходили реабілітацію	% тих, хто не проходив реабілітацію
Звільнений (-а) з військової служби	76	26,2%	43	27,4%	33	24,8%
Продовжують військову службу	104	35,9%	50	31,8%	54	40,6%
Інше (В процесі звільнення, виведено поза штат)	16	5,5%	12	7,6%	4	3,0%
(Не надано відповідь)	94	32,4%	52	33,1%	42	31,6%

Ізольованість ушкодження

Моно-травма	87	30,0%	50	31,8%	37	27,8%
Полі-травма	203	70,0%	107	68,2%	96	72,2%

**Тип отриманої травми/ушкодження
(декілька варіантів відповіді одним респондентом)**

	Всього	% від усіх респондентів	Проходили реабілітацію	% тих, хто проходив реабілітацію	Не проходили реабілітацію	% тих, хто не проходив реабілітацію
Акубаротравма (контузія)	159	54,8%	80	51,0%	79	59,4%
Травма нижніх та/або верхніх кінцівок (без ампутацій)	155	53,4%	90	57,3%	65	48,9%
Травма вух та/або порушення слуху	71	24,5%	35	22,3%	36	27,1%
Черепно-мозкова травма з ушкодженням органів чуття	43	14,8%	21	13,4%	22	16,5%
Травма нижніх та/або верхніх кінцівок (з ампутацією)	44	15,2%	33	21,0%	11	8,3%
Травма черевної порожнини	35	12,1%	16	10,2%	19	14,3%
Черепно-мозкова травма без ушкодження органів чуття	32	11,0%	13	8,3%	19	14,3%
Травма хребта без пошкодження спинного мозку	35	12,1%	14	8,9%	21	15,8%
Травма очей та/або порушення зору	28	35,9%	50	31,8%	54	40,6%
Опіки	16	5,5%	12	7,6%	4	3,0%

**Тип отриманої травми/ушкодження
(декілька варіантів відповіді одним респондентом)**

	Всього	% від усіх респондентів	Проходили реабілітацію	% тих, хто проходив реабілітацію	Не проходили реабілітацію	% тих, хто не проходив реабілітацію
Травма хребта із пошкодження спинного мозку	11	3,8%	4	2,5%	7	5,3%
Травма грудної порожнини	20	6,9%	11	7,0%	9	6,8%
Травма органів тазу (в т.ч. статевих органів)	5	1,7%	4	2,5%	1	0,8%
Захворювання, які загострилися або виникли під час служби (вказіть додатково які саме в розділі «Інші...»)	40	13,8%	13	8,3%	27	20,3%

ПОКАЗНИКИ НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПОСЛУГ

Під час кабінетного етапу дослідження, з метою огляду загальної інформації щодо лікувальних закладів, які надають послуги з реабілітації, окремих характеристик надавачів послуг реабілітації, було отримано від НСЗУ деперсоніфіковані агреговані дані, наявні в електронній системі охорони здоров'я (далі – ЕСОЗ). Для аналізу динаміки послуг з реабілітації, наданим пацієнтам в період від початку 2021 до кінця першого кварталу 2024 року, було використано інформацію в розрізі вікової групи та статі пацієнтів, форми надання медичної допомоги.

Додатково розглянуто показники кадрового забезпечення закладів –

динаміки зростання кількості медичних фахівців з реабілітації та дотичних до надання цих послуг фахівців, в тому числі для розрахунку показників середнього навантаження на медичний персонал. Для цього використано показники зареєстрованих медичних працівників в ЕСОЗ за спеціальностями:

- Медичний персонал, який безпосередньо забезпечує надання реабілітаційних послуг: фізичний терапевт, ерготерапевт, асистент фізичного терапевта, асистент ерготерапевта, логопед (терапевт мови та мовлення), лікар фізичної та реабілітаційної медицини, фахівець з фізичної реабілітації, лікар-фізіотерапевт;

- Медичний персонал, дотичний до надання психологічної допомоги під час реабілітації, або потенційно може бути долученим (та має долучатись в МДРК для виконання вимог контракування на пакети реабілітації за ПМГ): психолог, лікар-психолог, лікар-психотерапевт, психотерапевт, клінічний психолог;

- Середній медичний персонал серед асистентів, який безпосередньо забезпечує надання медичних послуг з реабілітації (осіб, зареєстрованих в ЕСОЗ станом на кінець кварталу звітування агрегації): медична сестра з лікувальної фізкультури, медична сестра з масажу, з фізіотерапії, медична сестра з функціональної діагностики.

Під час визначення назв типу закладу для всіх етапів дослідження використано такий механізм пріоритетності для певних закладів, які мають характеристики, що підпадають під декілька типів (до прикладу, більша частина санаторно-курортних закладів мають приватну форму управління та здебільшого спеціалізуються на реабілітації, проте назва у такого типу буде «Санаторно-курортний заклад»).

1) Санаторно-курортний заклад (попри форму власності) →

2) Приватний заклад →

3) Заклад ветеранів війни (Госпіталі, реабілітаційні центри ветеранів війни) →

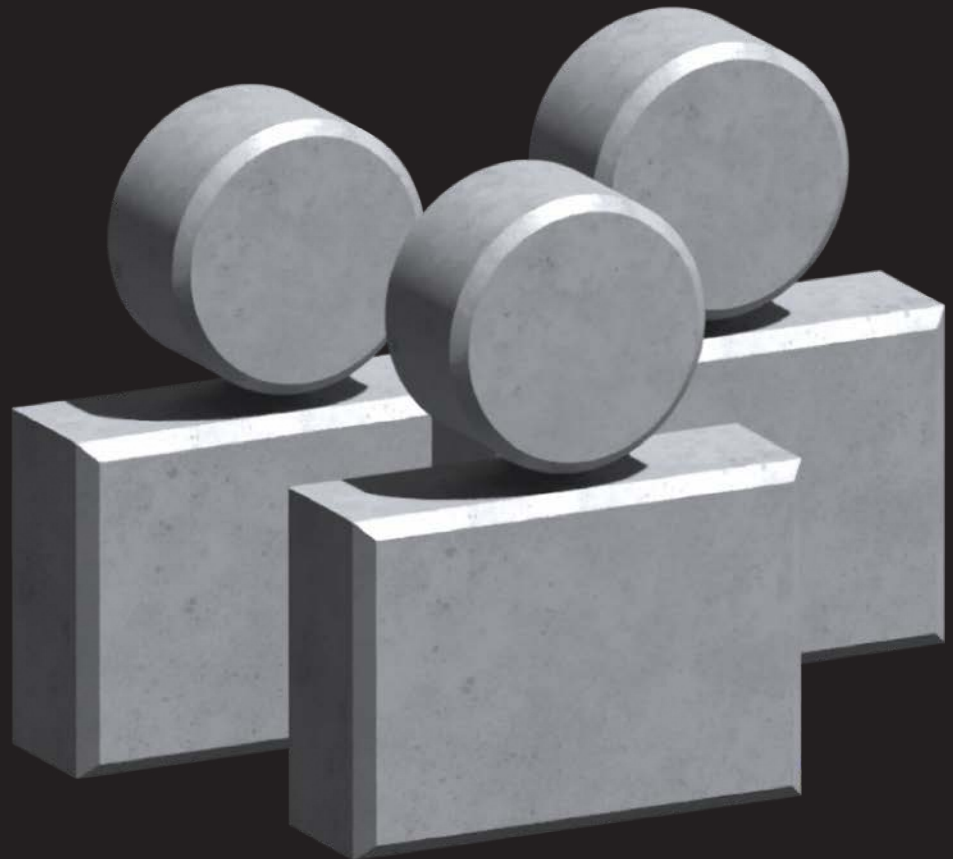
4) Спеціалізований заклад реабілітації (Фізіотерапевтичні лікарні, відновного лікування, лікарні реабілітаційної медицини, лікарні реабілітації та інші медичні центри реабілітації віднесено до реабілітаційних закладів) →

5) Багатопрофільна лікарня →

6) Міська/обласна/районна лікарня

Надання реабілітаційної допомоги військовослужбовцям та ветеранам

У цьому розділі ми зібрали аналіз результатів досліджень і статистичних даних щодо надання реабілітаційних послуг в Україні загалом та військовим й ветеранам зокрема. Для порівняльного аналізу ми використали розподіл у наданні послуг за часовими проміжками – до повномасштабного вторгнення росії в Україну та після нього, про що більш детально йтиметься у наступних підрозділах.



1.1 До повномасштабного вторгнення росії в Україну

Потреби у реабілітаційній допомозі військових і ветеранів змінювалися за час незалежності України. Можемо виділити три важливі відправні точки змін з погляду потреб у реабілітації:

- від проголошення незалежності до початку російсько-української війни у 2014 році – коли реабілітація військових і ветеранів стосувалася фахових військових і ветеранів Другої світової війни;

- від 2014 року до повномасштабного вторгнення росії 24 лютого 2022 року (період АТО/ООС) – коли зросла кількість військових і добровольців, які отримали травми під час участі в бойових діях і потребували реабілітації;

- після повномасштабного вторгнення росії у період активних бойових дій – коли кількість військових значно зросла і система охорони здоров'я отримала підвищене навантаження через потребу надавати медичні й реабілітаційні послуги.

У нашому дослідженні ми не аналізували надання реабілітаційної допомоги у період до 2014 року. Для аналізу використовували доступні матеріали щодо реабілітації військових і ветеранів у період після 2014 року. Цей проміжок часу можна розділити на період до 2020 року, з 2020 року по 2022 рік та після 2022 року. За період від 2014 року нам вдалось знайти декілька досліджень, інформація з яких наведена нижче. Щодо ситуації з даними про реабілітацію військових та ветеранів, то у вільному доступі не

існує такої бази з інформацією про обсяг наданих послуг. Дещо кращою ситуація стала від 2020 року, коли надавачі реабілітаційної допомоги стали учасниками програми медичних гарантій, і таким чином з'явився доступ до відкритих даних щодо реабілітації. Хоча такі дані загалом не є повними, а також є узагальненими і не прояснюють стан справ щодо військових і ветеранів, які потребували та отримували реабілітаційні послуги.

У дослідженні Світового банку, в якому взяли участь 357 ветеранів різних вікових груп із різних регіонів України, результати якого були опубліковані у 2017 році, йдеться про труднощі із доступом до отримання ліків та медичних послуг безоплатно. Фізіотерапії потребували 43% респондентів і з них лише 29% змогли отримати необхідну допомогу. Про потребу у санаторному лікуванні розповіли 57% опитаних ветеранів, отримали його 27% з них. Деякі респонденти говорили про те, що в Україні фактично немає закладів, які б спеціалізувалися на реабілітації ветеранів. Лише у кількох військових госпіталях є навчені фахівці. У закладах, куди скеровували більшість ветеранів, ні лікарі, ні інший персонал не були готовими надавати допомогу, враховуючи особливі потреби ветеранів у лікуванні та реабілітації⁵.

Ушкодження чи захворювання під час збройного конфлікту отримали 7 із 10 колишніх комбатантів і комбатанток. Про це свідчать результати річного дослідницького проєкту з

оцінки потреб екскомбатантів «Реінтеграція ветеранів», проведеного у 2019–2020 роках від Програми реінтеграції ветеранів, що впроваджується IREX. Так, з 1905 опитаних 76% брали пряму участь у вогневому зіткненні із супротивником. З них 71% отримали тілесні ушкодження чи захворювання під час служби, які зараз також впливають на їхнє життя. 81% із тих, хто отримав ушкодження, вважають, що отримані травми впливають на їхнє фізичне здоров'я сьогодні. 57% отримали легку черепно-мозкову травму, або контузію. Визначають себе як людину з інвалідністю 38%. По медичну допомогу після закінчення служби зверталися 72% опитаних – і 35% були незадоволені якістю наданих медичних послуг⁶.

Окрема підтримка колишніх комбатантів і комбатанток у сфері охорони здоров'я – це пільги та послуги. Їх забезпечували 22 центральні органи виконавчої влади, керуючись 156 різними нормативно-правовими актами⁷ станом на 2019 рік. Так, держава гарантувала екскомбатантам та екскомбатанткам:

- першочергове обслуговування в аптеках, амбулаторно-поліклінічних і лікувально-профілактичних закладах, позачергову госпіталізацію;
- безоплатні ліки та медичні виробки за рецептами лікарів;
- першочергове безоплатне зубопротезування;
- санаторно-курортне лікування;
- щорічне медобстеження і диспансеризацію.

Станом на 2019 рік автори Білої книги «Аналіз системи державної

підтримки ветеранів та їхніх сімей в Україні» зазначають⁸:

Відсутній комплексний підхід як до системи медичної та фізичної реабілітації, так і до фінансування відповідних заходів. Окремі заходи медичної реабілітації фінансуються в межах загальної медичної субвенції на місцях. При цьому в кожній області простежується різний рівень забезпечення медичної реабілітації.

У 2018 році в Україні розпочалася реформа фінансування охорони здоров'я. Від 2020 року фінансування спеціалізованої медичної допомоги (в тому числі реабілітації) перейшло до Національної служби здоров'я України (далі – НСЗУ)⁹. НСЗУ закуповує медичні (реабілітаційні послуги є одним з видів медичних послуг) у закладів охорони здоров'я в інтересах пацієнта. Військові та ветерани під час проходження реабілітації у закладах охорони здоров'я, які підпорядковуються МОЗ, повинні отримувати необхідний обсяг реабілітаційних послуг безоплатно на загальних підставах.

Попри те, що в Україні офіційно статус УБД на той час мали понад 481 тисяча людей, держава не мала цілісної політики та бачення щодо забезпечення потреб у медичній та психологічній реабілітації екскомбатантів та екскомбатанток АТО/ООС – цій групі допомогу надавали здебільшого через пільги й окремі послуги. До такого висновку прийшли автори дослідження, проведеного протягом вересня-жовтня 2021 року¹⁰.

6 – How policymakers can support the veteran community in Ukraine: Results from a veteran reintegration survey, 2021 Джерело: <https://www.irex.org/insight/how-policymakers-can-support-veteran-community-ukraine-results-veteran-reintegration-survey>

7 – Біла книга «Аналіз системи державної підтримки ветеранів та їхніх сімей в Україні», Юридична сотня, 2019 Джерело: <https://legal100.org.ua/wp-content/uploads/2019/06/Bila-Knyga-Legal100.pdf>

8 – Біла книга «Аналіз системи державної підтримки ветеранів та їхніх сімей в Україні», Юридична сотня, 2019 Джерело: <https://legal100.org.ua/wp-content/uploads/2019/06/Bila-Knyga-Legal100.pdf>

9 – Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» Джерело: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>

10 – Аналіз поточного стану медичних послуг, що надаються екскомбатантам та екскомбатанткам АТО/ООС в Україні, 2022

Резюме: Від 2014 року потреба у реабілітаційних послугах зростала серед військових і ветеранів, які брали участь в АТО/ООС. Послуги з реабілітації виділили як окрему частину медичних послуг після початку реформи фінансування охорони здоров'я. Для військових і ветеранів доступ до реабілітації був таким самим, як для цивільних, а спеціалізовані пільги радше стосувалися соціальної сфери.

1.2 Після повномасштабного вторгнення росії в Україну

Після 24 лютого 2022 року система охорони здоров'я зазнала надмірного перевантаження. Зросла кількість споживачів як медичних, так і реабілітаційних послуг, як серед цивільного населення, так і серед військовослужбовців та ветеранів.

У 2023 році благодійний фонд «Здорові рішення для відкритого суспільства» разом з Офісом підтримки змін МОУ опублікували аналітичний звіт «Людина та військова медицина – комплексний погляд», у якому авто-

ри провели огляд поточної системи військового медичного забезпечення станом на 2023 рік, визначили проблеми та сформувавши рекомендації для змін. У звіті, зокрема, наводять аналіз нормативного регулювання надання реабілітаційної допомоги. Нижче – таблиця з цього звіту щодо залучених сторін до організації надання медичної допомоги, а про більш детальний аналіз нормативного забезпечення надання реабілітаційних послуг йтиметься у наступному розділі.

Таблиця 1. Надання реабілітаційної допомоги (Аналітичний звіт «Людина та військова медицина – комплексний погляд», Київ, 2023)¹¹

Основні актори	Обсяг надання медичної допомоги	Медичні підрозділи	Підпорядкування
Військові госпіталі, ВМКЦ, цивільні заклади охорони здоров'я у прифронтових регіонах	Операції Second look, вторинні хірургічні обробки ран, нейрохірургічні, офтальмологічні, ЛОР, ЩЛХ втручання, гострий гемодіаліз, ВЛК	ВМКЦ, ОВА (ДОЗ)	КМС, МОЗ
Військові госпіталі ВМКЦ, цивільні заклади охорони здоров'я, інститути тилових регіонів	Подальші хірургічні втручання, реанімації, реконструктивні/пластичні хірургічні втручання, кінцеве лікування, реабілітація, протезування, ВЛК	ВМКЦ ОВА (ДОЗ) НАМН	КМС, МОЗ, КМУ, (НАМН), ДУС
Цивільні та військові заклади країн-партнерів	Подальші хірургічні втручання, реанімації, реконструктивні/пластичні хірургічні втручання, кінцеве лікування, реабілітація, протезування	Лікарні, інститути, госпіталі	МОС, МЗС, КМС. ЄС, НАТО, індивідуальні країни партнери

Реабілітація військових після поранень розпочинається на етапі потрапляння до військових або цивільних закладів у тилових регіонах, а також відбувається у цивільних і військових закладах країн-партнерів, якщо військовослужбовці продовжують лікування за кордоном.

За даними НСЗУ, за період від другого кварталу 2022 по перший квартал 2024 року реабілітаційні послуги надали 685 643 людям. Наразі неможливо визначити, скільки з них були військовими та ветеранами. Для порівняння, у період від 1 квітня 2021 року до 24 лютого 2022 року в ЕСОЗ

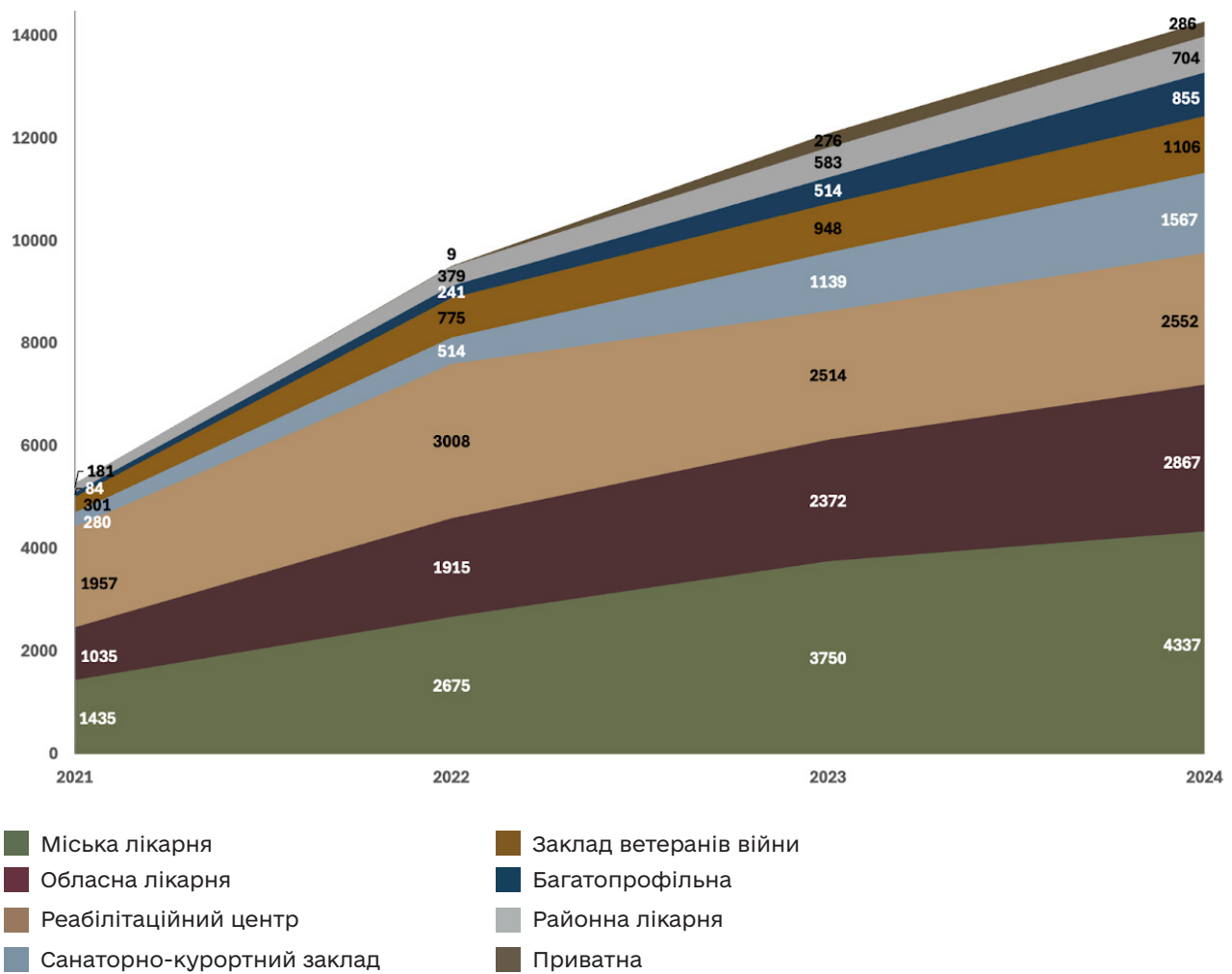
внесли медичні записи про 237 061 пацієнта, який отримав реабілітаційні послуги за програмою медичних гарантій. На зростання кількості внесених даних про надані реабілітаційні послуги також можуть впливати зміни у вимогах щодо ведення медичних записів і у підходах до фінансування реабілітації з боку НСЗУ.

Загалом найбільшу кількість реабілітаційних послуг в стаціонарі від квітня 2021 року було надано в міських, обласних лікарнях та спеціалізованих реабілітаційних центрах. Причому спостерігається суттєве збільшення наданих послуг по ро-

¹¹ – Людина та військова медицина – комплексний погляд, Київ, 2023 Джерело: <https://healthsolutions.ngo/library/analychnyy-zvit-liudyna-i-viyskova-medycyna-kompleksnyy-pohliad/>

ках – відбулось зростання більше ніж у два з половиною рази, порівнюючи 5273 наданих реабілітаційних послуг в середньому за місяць у 2021 проти 14274 послуг у 2024 році.

Рисунк 1. Середня кількість пацієнтів на місяць, які отримували реабілітаційні послуги стаціонарно в розрахунку середньомісячної кількості реабілітаційних циклів за роками, в розрізі типу закладу, де відбувалася реабілітація



У даних НСЗУ можемо звернути увагу на зростання частки пацієнтів чоловіків віком 18–60 років і в загальній структурі випадків, і в структурі отриманих послуг як на стаціонарному етапі, так і під час надання реабілітаційних послуг стаціонарно й амбулаторно.

Рисунок 2. Частка чоловіків віком 18–60 років серед усіх пацієнтів, які отримували реабілітаційні послуги стаціонарно в розрахунку середньомісячної кількості реабілітаційних циклів за роками

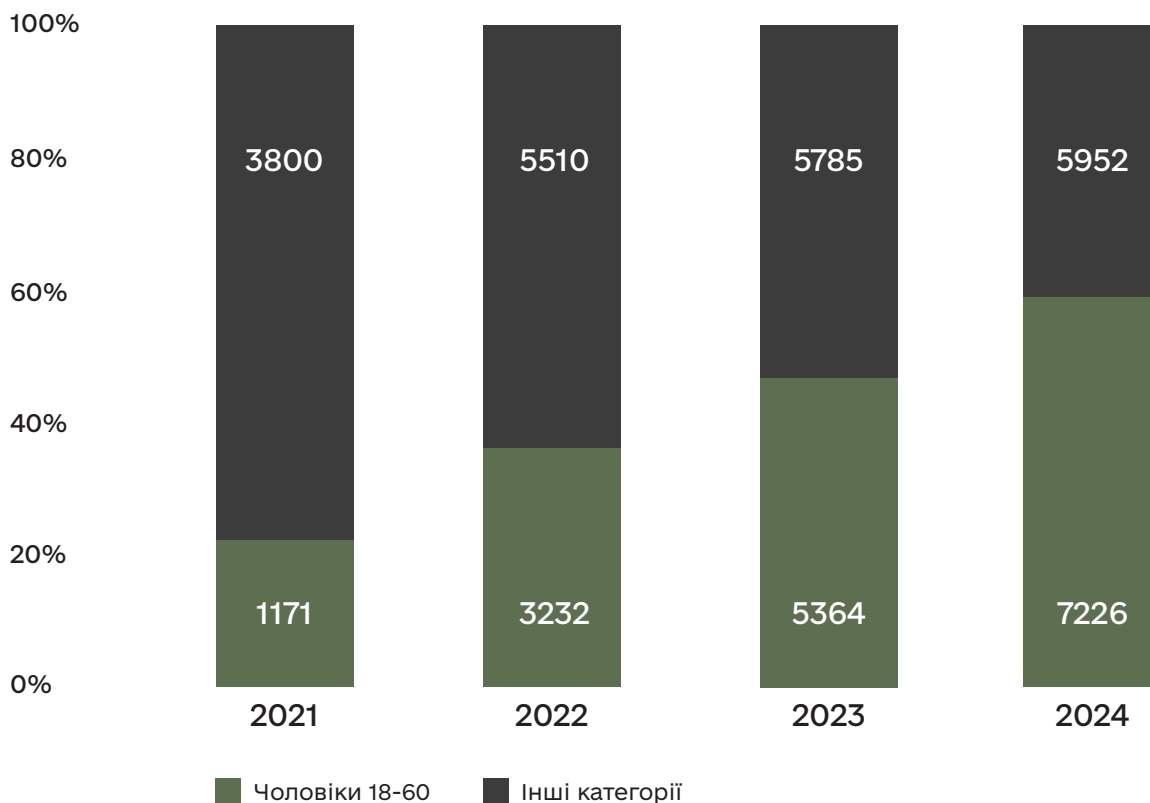
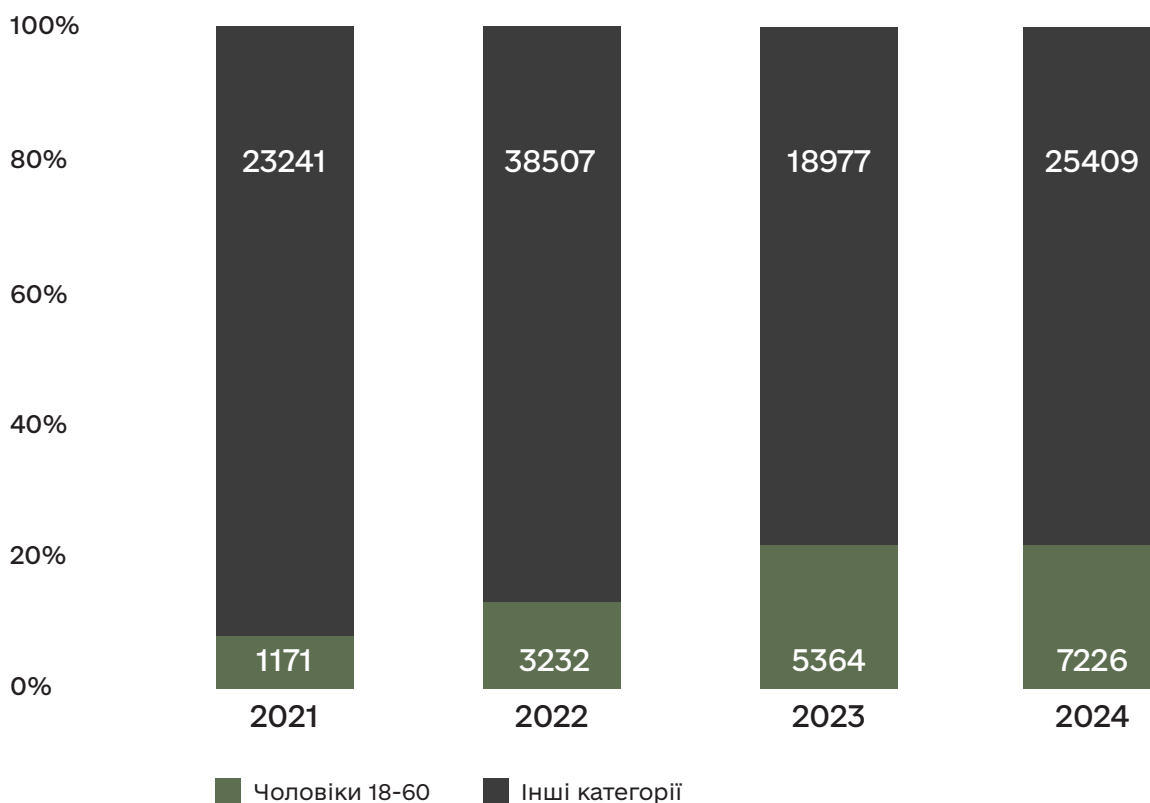


Рисунок 3. Частка чоловіків віком 18–60 років серед усіх пацієнтів, які отримували реабілітаційні послуги стаціонарно й амбулаторно у розрахунку середньомісячної кількості реабілітаційних циклів за роками

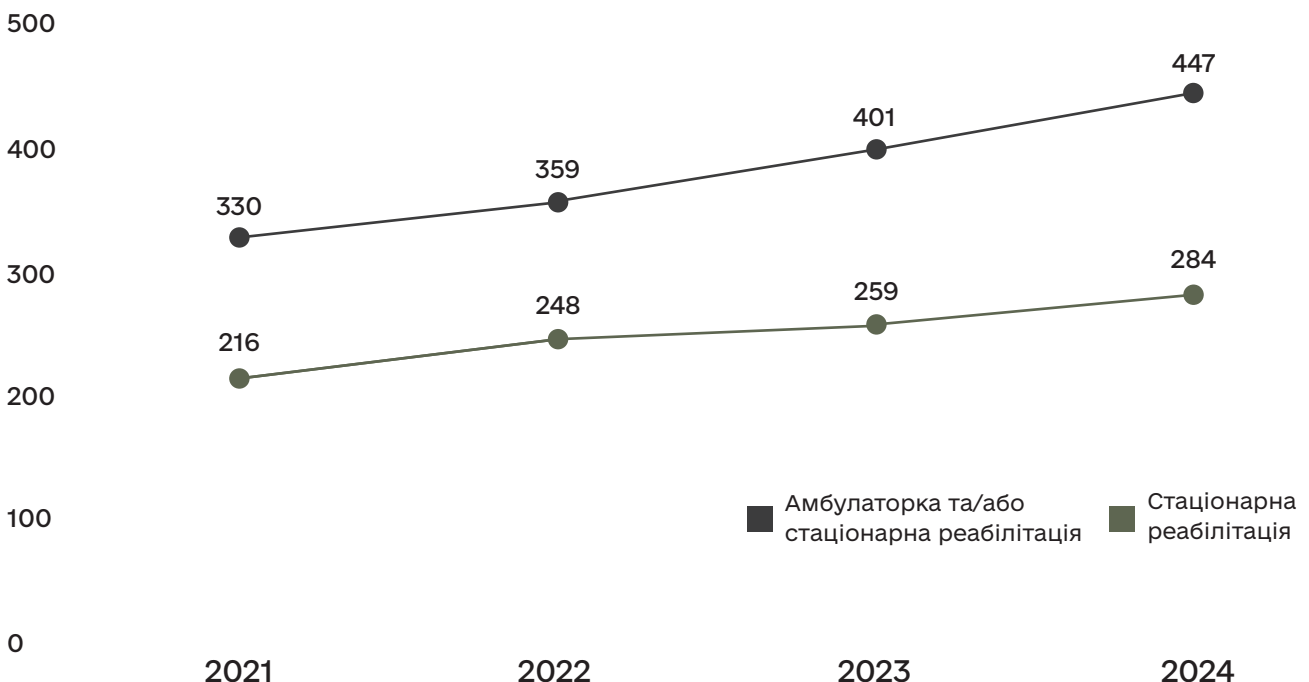


Проте це частина системи охорони здоров'я, яка покривається фінансуванням у рамках Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Певну частину реабілітації забезпечують приватні надавачі реабілітаційних послуг. Якщо ж йдеться про військових і ветеранів, то важливими частинами реабілітації є також відомчі заклади та заклади, які надають соціальні послуги, щодо яких наразі дані не є доступними та не розглядаються у цьому звіті.

До надання реабілітаційної допомоги станом на кінець другого кварталу 2022 року було залучено 29 011 фахівців у 369 закладах охорони здо-

ров'я, а в першому кварталі 2024 року – вже 37 018 фахівців у 479 закладах. Варто зважати на те, що частину закладів, які надавали реабілітаційну допомогу у 2022 році, було зруйновано або вони розташовуються на окупованій території. Частина закладів була релокована, що меншою мірою позначилось на кількості закладів та фахівців, однак однозначно вплинуло на доступність реабілітаційної допомоги в різних регіонах. Загалом 83 заклади, які надавали послуги реабілітації до 1-го кварталу 2022 року, перестали працювати в 2023-2024 роках, переважно через окупацію території. З них 49 закладів попередньо навали послуги реабілітації в стаціонарі.

Рисунок 4. Динаміка кількості закладів, які надавали(ють) реабілітаційні послуги за програмою медичних гарантій

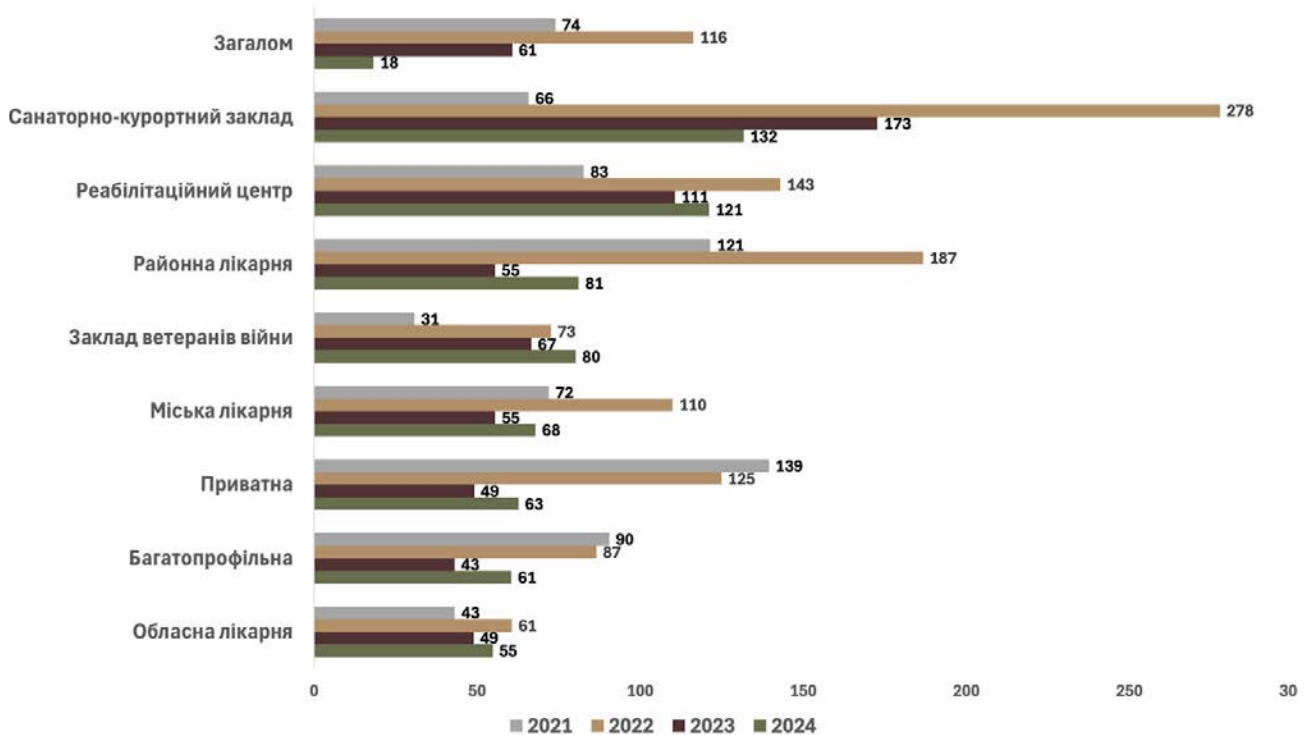


Майже всі надавачі реабілітаційних послуг у стаціонарних та амбулаторних умовах прозвітували про максимальні показники середньомісячної кількості послуг у 2022 році, а

у 2023 році цей показник дещо зменшився. Про найбільшу середньомісячну кількість послуг повідомляють санаторно-курортні заклади: 278 послуг на місяць у 2022 році та 173

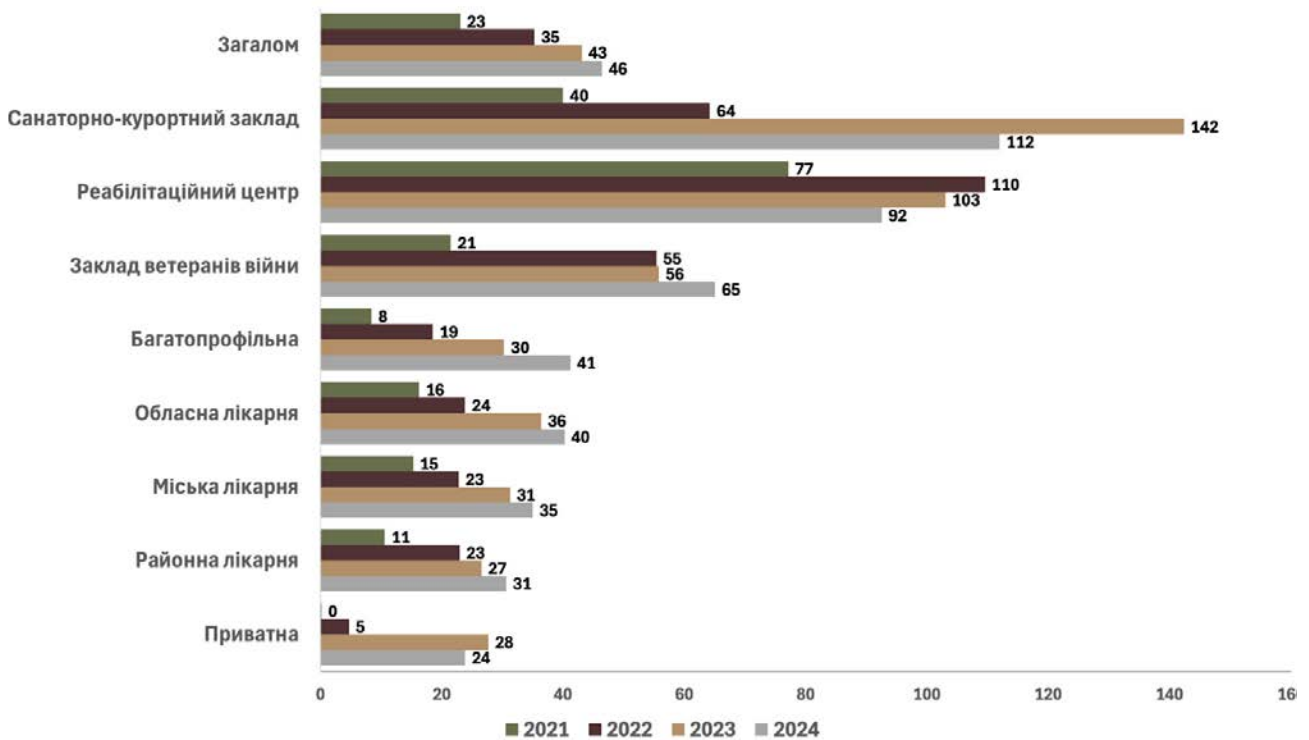
послуги на місяць у 2023 році. Найменшу кількість реабілітаційних послуг у стаціонарних та амбулаторних умовах надали обласні лікарні – 63 послуги на місяць у 2022 році і 53 послуги на місяць у 2023 році. Тут і далі інформацію про приватні заклади ми наводимо за даними НСЗУ, тобто це ті заклади, які уклали договір з НСЗУ в рамках програми медичних гарантій.

Рисунок 5. Середньомісячна кількість реабілітаційних послуг у закладах, які надають реабілітаційні послуги амбулаторно та стаціонарно, за роками



Якщо розглянути детальніше середньомісячну кількість послуг для стаціонарної реабілітації, то лідерами знову будуть санаторно-курортні заклади, за ними – реабілітаційні центри, водночас приватні заклади прозвітували про найменшу кількість послуг.

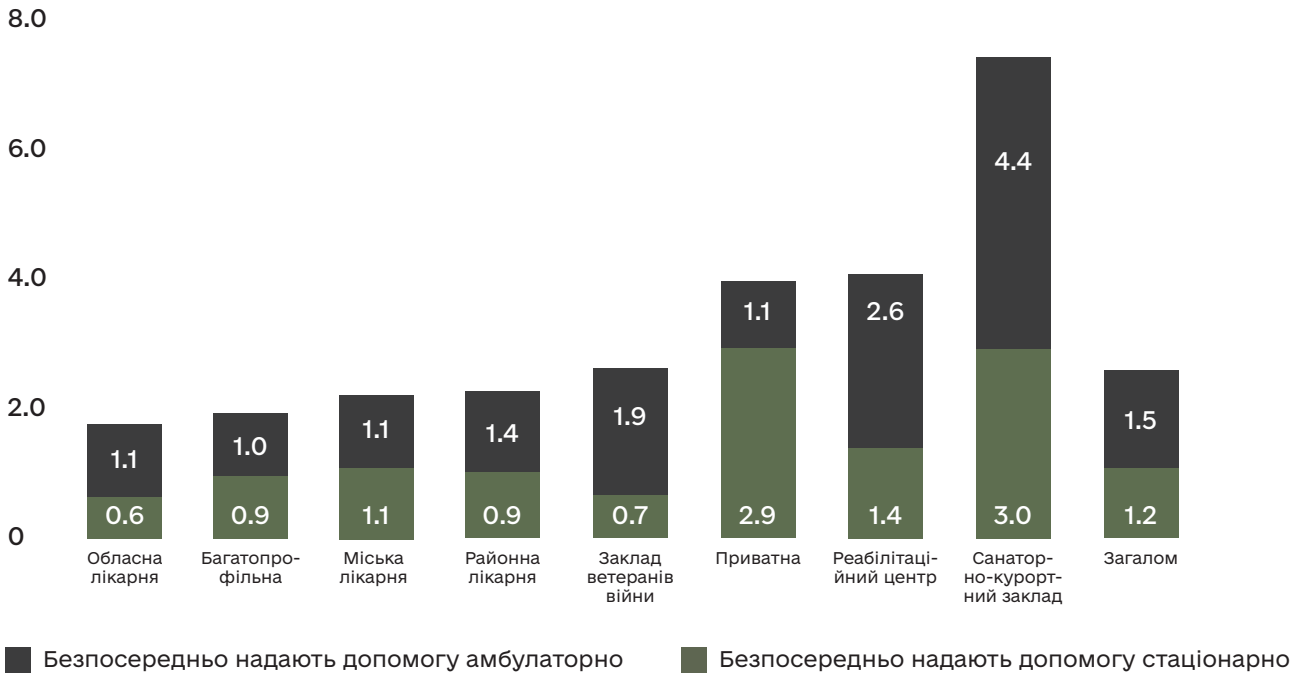
Рисунок 6. Середньомісячна кількість реабілітаційних послуг у закладі, які надають реабілітаційні послуги стаціонарно, за роками



Навантаження на фахівців, які безпосередньо залучені до реабілітації, відрізняється між надавачами. Найбільше навантаження на фахівців з реабілітації та їхніх асистентів (в тому числі середній медичний персонал, які залучені до наданням реабілітаційних послуг), в період від початку 2023 року до 1 кварталу 2024 року, було на працівників санаторно-курортних закладів, на другому місці – реабілітаційні центри. Загалом середні показники по всіх закладах, за винятком санаторно-курортних,

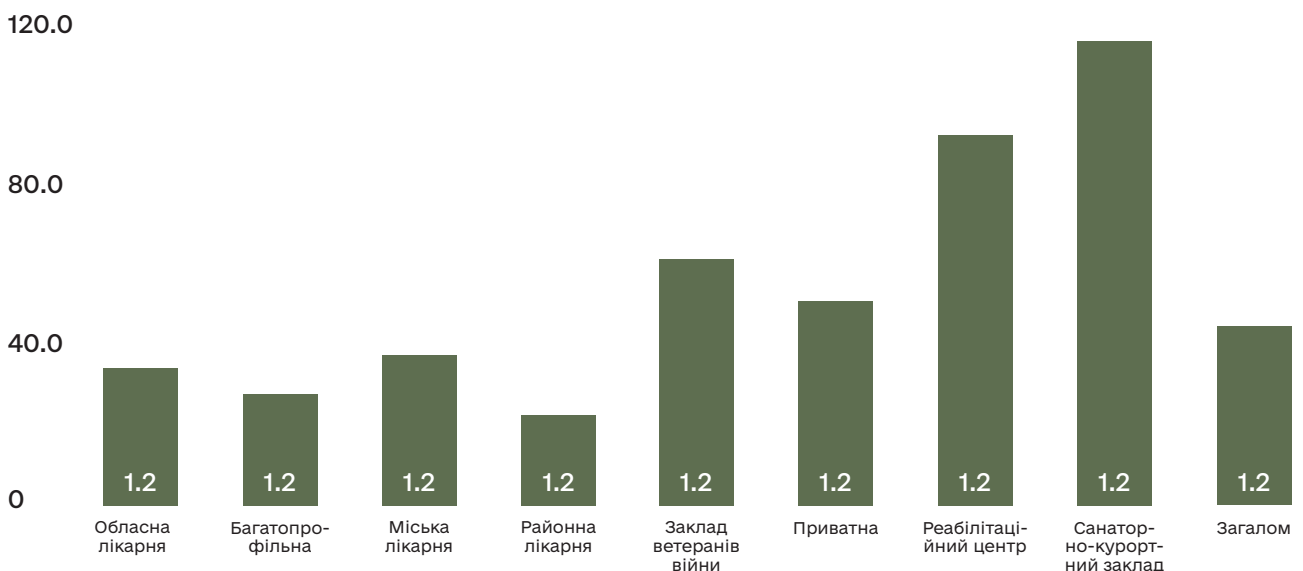
потенційно могли б гарантувати високий обсяг реабілітаційних послуг на день для пацієнтів в стаціонарі, враховуючи надання реабілітаційної послуги в амбулаторних умовах протягом однієї реабілітаційної сесії (до 1 години). Проте, 3 з 139 міських лікарень, 3 з 14 приватних та 5 з 14 санаторно-курортних не змогли забезпечити навіть 1 години реабілітації стаціонарним та амбулаторним пацієнтам, у кварталному розрахунку навантаженості у 2023 та 2024 роках.

Рисунок 7. Середньомісячна кількість пацієнтів, яка припадає на одного фахівця, який залучений до надання реабілітаційних послуг в період від початку 2023 року до першого кварталу 2024 року



Також найбільшим було навантаження на фахівців сфери психічного здоров'я, які мають бути залученими до реабілітації, в санаторно-курортних закладах і реабілітаційних центрах.

Рисунок 8. Середньомісячна кількість пацієнтів, яка припадає на одного фахівця з психічного здоров'я, який має бути залучений до надання реабілітаційних послуг у 2023 році

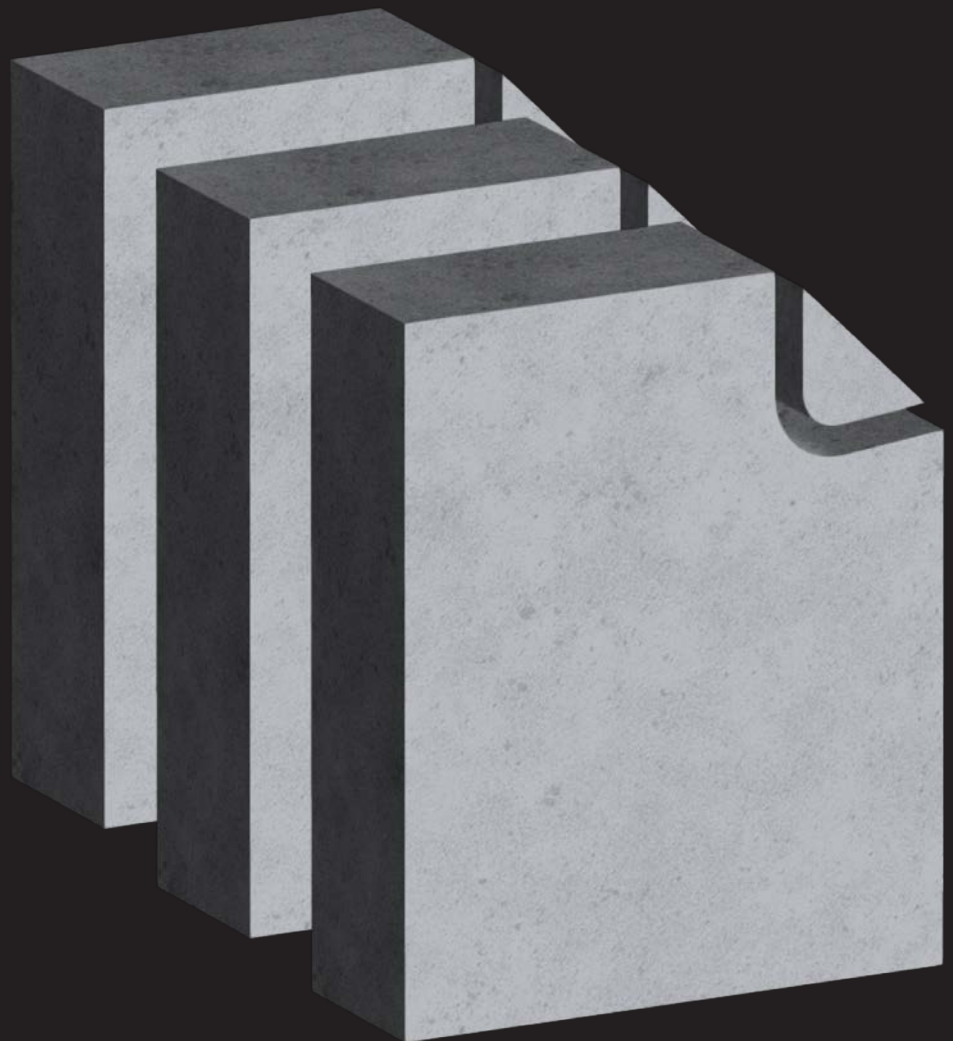


Згідно із відповіддю, отриманою на наш запит до НСЗУ, кількість надавачів реабілітаційних послуг у стаціонарі за період з 2021 по 2024 рік зросла на трохи менше ніж 70 закладів, а кількість амбулаторних – трохи більше ніж на сотню.

Резюме: з початком повномасштабного вторгнення росії в Україну потреба у реабілітаційних послугах значно зросла внаслідок збільшення кількості військових, залучених до ведення бойових дій, а також цивільних, які постраждали через обстріли. У відповідь на зростання потреби у реабілітації зросла кількість надавачів медичних послуг, які пропонують таку допомогу.

Розділ 2

Нормативно-правове забезпечення надання послуг з реабілітації військовим і ветеранам



2.1 Визначення поняття «реабілітація»

Відповідно до статті 17 Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», у системі реабілітації виділяють реабілітацію у сфері охорони здоров'я та інші види реабілітації, визначені законодавством. Стаття 20 цього ж закону тлумачить поняття реабілітації у сфері охорони здоров'я так:

Реабілітація у сфері охорони здоров'я – це комплекс заходів, що здійснюють фахівці з реабілітації, які працюють в реабілітаційних закладах, відділеннях, підрозділах, а також у територіальних громадах, у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди або самостійно, надають реабілітаційну допомогу особі з обмеженнями повсякденного функціонування (або такій, у якої можуть виникнути обмеження повсякденного функціонування) з метою досягнення та підтримання оптимального рівня функціонування та якості життя у її середовищі.

Що саме передбачає реабілітація, зазначено в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»:

- реабілітація – комплекс заходів, яких потребує особа, яка зазнає або може зазнавати обмеження повсякденного функціонування внаслідок стану здоров'я у взаємодії з її середовищем;

- реабілітаційна допомога у сфері охорони здоров'я (далі – реабілітаційна допомога) – діяльність фахівців з реабілітації у сфері охорони здоров'я, що передбачає здійснення комплексу заходів, спрямованих на оптимізацію функціонування осіб, які зазнають або можуть зазнати обмеження повсякденного функціонування у їхньому середовищі;

- реабілітаційна послуга – послуга, що надається пацієнту реабілітаційним закладом, реабілітаційною установою, закладом охорони здоров'я, соціального захисту або іншим суб'єктом господарювання, які мають право надавати реабілітаційну допомогу згідно із законодавством, та оплачується її замовником. Замовником реабілітаційної послуги можуть бути держава, орган місцевого самоврядування, юридична або фізична особа, у тому числі пацієнт.

2.2 Нормативне визначення обсягу реабілітаційної допомоги

Відповідно до Воєнно-медичної доктрини України, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 31.10.2018 № 910, держава формує законодавчу базу діяльності медичних служб і системи охорони здоров'я цивільного населення, забезпечує і контролює її виконання та здійснює фінансове і ресурсне забезпечення відповідно до потреб медичного забезпечення військ.

Збройні Сили та інші військові формування ухвалюють нормативно-правові акти та керівні документи щодо реалізації положень Воєнно-медичної доктрини України, формують необхідний комплект сил і засобів медичних служб, готують пропозиції до проекту основних показників оборонного замовлення, створюють та утримують у постійній готовності визначену кількість сил і засобів.

МОЗ забезпечує готовність закладів охорони здоров'я, інших необхідних сил та засобів, визначених актами Кабінету Міністрів України, для надання медичної допомоги військовослужбовцям під час дії особливого періоду, надзвичайного стану, інших кризових ситуацій.

Наразі у системі Сил Оборони України існує окрема система медичного забезпечення під управлінням Міністерства оборони України, Міністерства внутрішніх справ України, Командування медичних сил та інших силових структур національного рівня. Військові отримують необхідні реабілітаційні послуги відповідно

до затверджених на національному рівні маршрутів евакуації. Залучення цивільних надавачів реабілітаційних послуг, процедура надання таких послуг регулюється МОЗ, обсяг їх закупівлі визначений у пакетах програми медичних гарантій. Ветерани отримують реабілітаційні послуги на загальних підставах як і цивільні.

Постановою¹² Кабінету Міністрів України визначено обсяги реабілітаційної допомоги за кількістю годин роботи фахівців з реабілітації (кількістю реабілітаційних сесій) з особою, яка потребує реабілітації, за добу:

– **високий** – кількість годин реабілітації особи, яка потребує реабілітації, на добу становить три та більше годин або 15 годин реабілітації на тиждень та більше;

– **середній** – кількість годин реабілітації особи, яка потребує реабілітації, на добу становить від однієї до двох;

– **низький** – кількість годин реабілітації особи, яка потребує реабілітації, становить одну годину на добу та менше.

У разі надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого та довготривалого реабілітаційних періодів в стаціонарних умовах її обсяг повинен бути високим з метою забезпечення мінімальної кількості щоденних реабілітаційних сесій, необхідних для швидкого досягнення особою, яка потребує реабілітації, завдань реабілітації, зазначених в індивідуальному реабілітаційному плані.

2023 року в програмі медичних гарантій реабілітація представлена у пакетах реабілітації дітей віком до трьох років, стаціонарної та амбулаторної реабілітації.

До реабілітаційних пакетів стаціонарної та амбулаторної реабілітації НСЗУ входять такі послуги¹³:

- проведення обстежень фахівцями з реабілітації;
- встановлення діагнозу і складання індивідуального реабілітаційного плану (ІРП);
- здійснення моніторингу клінічного стану пацієнтів;
- визначення реабілітаційного прогнозу;
- проведення лабораторних та інструментальних досліджень (у стаціонарних умовах);
- надання реабілітаційної допомоги;
- консультування лікарями інших спеціальностей;
- надання психологічної допомоги;
- своєчасне знеболення на всіх етапах реабілітації (у стаціонарних умовах);
- переведення пацієнтів в інші заклади за потреби;
- організація навчання для пацієнтів та їхніх родин або доглядачів особливостей догляду, запобіганню можливих ускладнень та дотриманню рекомендацій;
- оформлення довідок, формування медичних висновків про тимчасову непрацезданість та видача направлень на лікарську консультативну комісію;
- забезпечення харчуванням (у стаціонарних умовах);
- забезпечення надання медичної допомоги телемедичними засобами;
- дотримання принципів безбар'єрності та інклюзії.

Резюме: у нормативному врегулюванні реабілітації декларується єдиний підхід і залучення до надання реабілітаційної допомоги як відомчих, так і цивільних закладів охорони здоров'я. При цьому більш детально обсяг послуг прописаний в програмі медичних гарантій, в рамках якої укладають договори про медичне обслуговування населення цивільні заклади охорони здоров'я

2.3 Фінансування реабілітації

Під час роботи над дослідженням не було можливим отримати дані щодо фінансування закладів охорони здоров'я, які підпорядковуються іншим міністерствам, окрім тих, які підпорядковуються МОЗ. Тому надалі наведена інформація щодо тарифів та методів оплат від НСЗУ.

2023 року тариф на медичні послуги з реабілітаційної допомоги дорослим і дітям у стаціонарних умовах становив 19769 гривень за надання реабілітаційних послуг за одним напрямом реабілітації, 33607 гривень – за двома і більше напрямами в стаціонарних умовах. Тариф на медичні послуги з реабілітаційної допомоги дорослим і дітям в амбулаторних умовах становив 10820 гривень. Причому НСЗУ оплачувала лише ті послуги, що надавалися не менше 14 календарних днів (крім випадків смерті пацієнта до закінчення цього терміну) за одним напрямом і за двома і більше напрямами лише ті послуги, що надавалися не менше 21 календарного дня (крім випадків смерті пацієнта до закінчення цього терміну), але до середини 2023 року не більше двох циклів протягом року для одного пацієнта. Починаючи з 1 липня 2023¹⁴ року було збільшено кількість реабілітаційних циклів до восьми протягом року для пацієнтів після травм спинного мозку, важких черепно-мозкових травм, ампутацій, (при яких кількість реабілітаційних циклів відповідає потребам пацієнта) за окремо визначеними групами кодів захворювань відповідно до

національного класифікатора 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»¹⁵.

2023 року НСЗУ закупила реабілітаційних послуг на 4,1 млрд грн – з них 2,5 млрд грн становили витрати на закупівлю стаціонарних і 1,6 млрд на закупівлю амбулаторних послуг.

Тобто пацієнт, який потребував реабілітації, в рамках програми медичних гарантій міг розраховувати на фінансування двох циклів реабілітаційних послуг тривалістю не менше 14 днів за одним напрямом або 21 дні за двома і більше напрямами. Для окремого переліку діагнозів з середини 2023 року доступними стали вісім циклів тривалістю не менше 21 дня за двома і більше напрямами.

2024 року тариф на медичні послуги з реабілітаційної допомоги дорослим і дітям у стаціонарних умовах, що передбачені специфікаціями, визначається як ставка на пролікований випадок, яка становить 19769 гривень.

До ставки на пролікований випадок (один реабілітаційний цикл) застосовують коригувальні коефіцієнти залежно від складності допомоги та стану пацієнта, які становлять:

- для послуги СР1 (найвища складність) коригувальний коефіцієнт складає 2,1;
- для послуги СР2 (висока складність) застосовують коригувальний коефіцієнт 1,6;
- для послуги СР3 (помірна складність) застосовується коригувальний коефіцієнт 1;

14 – Зміни від 01.07.2023 до Порядку реалізації ПМГі <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/613-2023-%D0%BF#n10>

15 – Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2023 році Джерело: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1464-2022-%D0%BF#Text>

– для послуги СР4 (низька складність) коригувальний коефіцієнт становить 0,8.

Тариф на медичні послуги з реабілітаційної допомоги дорослим і дітям в амбулаторних умовах становить 10820 гривень.

До ставки на медичну послугу (один реабілітаційний цикл) застосовують коригувальні коефіцієнти залежно від складності та комплексності послуги, які становлять:

1 – коли послугу надають за наявності у пацієнта протягом останніх трьох календарних місяців медичного запису про медичні послуги, надані за пакетом медичних послуг «Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах», «Медична допомога при гострому мозковому інсульті» або «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах» (послуги, які належать до категорій СР1, СР2 та СР3);

0,7 – коли послугу надають пацієнтам без наявності протягом останніх трьох календарних місяців медично-

го запису про медичні послуги, надані за пакетом медичних послуг «Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах» або «Медична допомога при гострому мозковому інсульті», або «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах» (послуги, які належать до категорій послуг СР1, СР2 та СР3).

Для стаціонарної реабілітації закладено не більше ніж вісім циклів на рік для послуг СР1 та СР2 і два цикли для послуг СР3 та СР4, із тривалістю циклу не менше 14 днів. Для амбулаторної реабілітації закладено не більше двох щонайменше 14-денних циклів на рік¹⁶.

Отже, у 2024 році надавач реабілітаційних послуг може отримати від 15815 грн до 41515 грн за один цикл стаціонарної реабілітації тривалістю не менше ніж 14 днів для одного пацієнта залежно від складності випадку. За амбулаторну реабілітацію надавач може отримати від 7574 грн до 10820 грн за один цикл реабілітації.

Резюме: кошти, які НСЗУ витрачає на закупівлю послуг з реабілітації є лише частиною всіх видатків на реабілітацію. 2023 року на закупівлю реабілітаційних послуг служба витратила 4,1 млрд гривень. 2024 року підхід до фінансування реабілітації з боку НСЗУ змінився, використані методи оплати повинні простимулювати кращу відповідність оплат до витрачених ресурсів на надання реабілітаційних послуг при станах пацієнтів різної складності

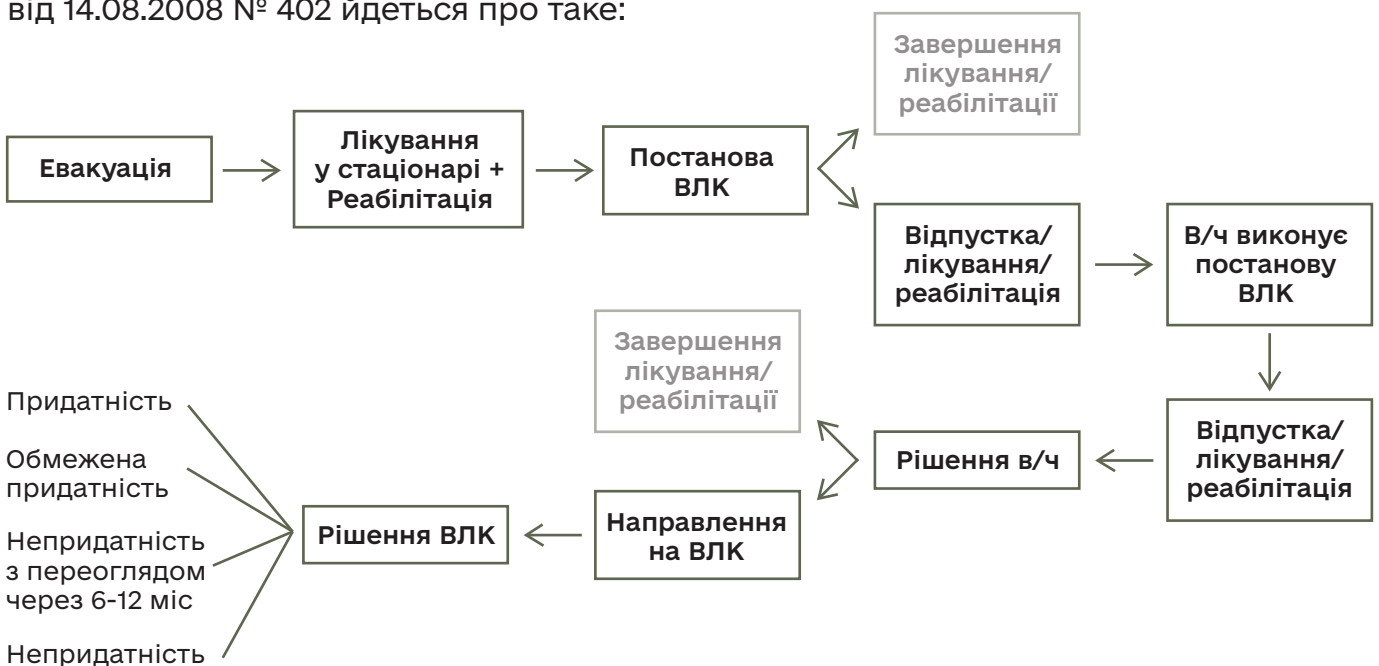
2.4 Нормативне визначення реабілітаційного маршруту

25 лютого 2022 року – на другий день повномасштабного вторгнення – МОЗ видав наказ № 379 «Про організацію роботи закладів охорони здоров'я для забезпечення безвідмовного надання медичної допомоги усім постраждалим та пораненим» щодо залучення усіх спроможних цивільних закладів охорони здоров'я до надання медичної допомоги пораненим і травмованим внаслідок повномасштабної війни. Цей наказ скоригував і чітко зафіксував перелік закладів охорони здоров'я (спільний наказ МОУ та МОЗ від 07.02.2018 № 49/180), в яких мали надавати медичну допомогу під час повномасштабного вторгнення, але вже в першу добу вторгнення перелік не відповідав реальним потребам і маршрутам пацієнта¹⁷.

У Положенні про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України, затверджене наказом МОУ від 14.08.2008 № 402 йдеться про таке:

Військово-лікарська експертиза визначає придатність за станом здоров'я до військової служби призовників, військовослужбовців, військовозобов'язаних та резервістів, установлює причинний зв'язок захворювань, травм (поранень, контузій, каліцтв) та визначає необхідність і умови застосування медико-соціальної реабілітації та допомоги військовослужбовцям¹⁸.

Отже, військовослужбовці після пройденого лікування можуть продовжити отримувати реабілітаційну допомогу за рішенням військово-лікарської експертизи, що вказує на залучення додаткового регулювання проходження реабілітації військовослужбовцями на відміну від ситуації із цивільними особами, які потребують реабілітації.



¹⁷ – Людина та військова медицина - комплексний погляд, Київ, 2023 Джерело: <https://healthsolutions.ngo/library/analychnyy-zvit-liudyna-i-viyskova-medytyna-kompleksnyy-pohliad/>

¹⁸ – Наказ МОУ України від 14.08.2008 №402 Джерело: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1109-08#Text>

Відповідно до чинного нормативного регулювання, важливу роль відіграє постанова ВЛК, оскільки вона є обов'язковою до виконання військовою частиною. Якщо у постанові вказано лікування, але не вказана реабілітація, то це може стати бар'єром для отримання реабілітаційних послуг. У такому разі військовому доводиться шукати фахівців з реабілітації самотужки. Для отримання відпустки чи направлення військовослужбовцям слід звернутися до своєї військової частини, оскільки начальник медичної служби бригади відповідає за організацію та проведення лікувально-профілактичних, санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів у бригаді, своєчасне надання необхідної медичної допомоги травмованим (пораненим) і хворим відповідно до Статуту внутрішньої служби Збройних Сил України.

Після проходження ВЛК та виконання рішення ВЛК щодо відпустки/лікування/реабілітації військовослужбовці повертаються у військову частину і на цьому етапі саме військова частина вирішує, чи видати направлення на повторне проходження ВЛК, а чи вважати лікування завершеним.

На підставі постанови ВЛК відпустка для лікування у зв'язку з хворобою надається військовослужбовцям на 30 календарних днів, а за медичними показаннями після травм (поранень, контузій) або оперативного лікування – на 45 або 60. За наявності медичних показань відпустка для лікування у зв'язку з хворобою або відпустка для лікування після поранення (контузії, травми або каліцтва) продовжується ВЛК на 30 календарних днів, а в окремих випадках – на 45 або на 60.

2023 року, відповідно до чинної на той час редакції наказу МОУ «Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України» від 14.08.2008 № 402 (у редакції від 25.08.2023), в особливий період лікування військових мало бути закінчене у закладі охорони здоров'я. У виняткових випадках військовим могли надати відпустку для лікування у зв'язку з хворобою або відпустку для лікування після поранення (контузії, травми або каліцтва) на 30 календарних днів. За постановою ВЛК відпустку для лікування у зв'язку з хворобою або відпустку для лікування після поранення (контузії, травми або каліцтва) могли продовжити на такий самий термін, а за відповідних медичних показань – повторно продовжити ще на 30 календарних днів. У поточній редакції цього ж наказу від 04.05.2024 цей пункт виключений.

2023 року, відповідно до чинної на той час редакції наказу МОУ «Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України» від 14.08.2008 № 402 (у редакції від 25.08.2023), загальний час безперервного перебування військових на лікуванні, разом із відпусткою для лікування у зв'язку з хворобою та відпусткою для лікування після поранення (контузії, травми або каліцтва), не повинен був перевищувати 4 місяці, а для хворих на туберкульоз – 10 місяців. Після закінчення цього часу перебування на безперервному лікуванні та у відпустці треба було пройти медичний огляд для визначення ступеня придатності до військової служби. Якщо ВЛК визнавало непридатність до військової служби, таких військових могли подати до звільнення з військової служби ще до виписки

із закладу охорони здоров'я (установи).

У редакції цього ж наказу від 04.05.2024 цей пункт було змінено і тепер він звучить так:

Загальний час безперервного перебування військовослужбовців у закладах охорони здоров'я (установах), у відпустці для лікування у зв'язку з хворобою та/або відпустці для лікування після поранення (контузії, травми або каліцтва) із збереженням грошового та матеріального забезпечення не може перевищувати дванадцять місяців поспіль. Не пізніше закінчення строку безперервного перебування на лікуванні у закладах охорони здоров'я (установах), у відпустці для лікування у зв'язку з хворобою та/або відпустці для лікування після поранення (контузії, травми або каліцтва) військовослужбовці підлягають медичному огляду ВЛК з метою визначення придатності до військової служби.

Якщо після продовження відпустки для лікування у зв'язку з хворобою або відпустки для лікування після поранення (контузії, травми або каліцтва) військовий не може виконувати службові обов'язки, його оглядає ВЛК для визначення ступеня придатності до військової служби.

Станом на 2023 рік придатність військових визначали за категоріями «придатний», «непридатний», «обмежено придатний», «тимчасово непридатний з переоглядом за 6-12 місяців». Якщо ВЛК визнало військового непридатним чи обмежено придатним до служби, його наказом по особовому складу зараховували

у розпорядження посадових осіб, які мають право призначення на посади для розв'язання питання щодо дальшого їх службового використання до звільнення з військової служби¹⁹. У такому разі військовий перебував за місцем базування свого структурного підрозділу без доступу до реабілітації, навіть якщо вона була потрібна.

2024 року категорії щодо придатності переглянули – наразі їх чотири: «придатний», «придатний до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони», «не придатний до військової служби з переоглядом через 6-12 місяців», «не придатний».

Рекомендації штатних ВЛК щодо організації лікувально-діагностичної роботи в цілях військово-лікарської експертизи є обов'язковими для виконання²⁰.

Отже, станом на 2023 рік після завершення стаціонарного етапу лікування, під час якого військові повинні були б отримувати реабілітаційні послуги, вони могли мати право на відпустку за рішенням військово-лікарської комісії тривалістю від 30 днів до 4 місяців або ВЛК могла видати рішення про необхідність довготривалого лікування, після чого треба було визначити придатність до служби. Станом на 2024 рік терміни відпустки та лікування подовжили до 12 місяців з подальшим визначенням придатності.

Для врегулювання принципів перескерування та визначення переходу між закладами було затверджено «Порядок організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах» Міністерством

¹⁹ – Указ Президента України «Про Положення про проходження громадянами України військової служби у Збройних Силах України» Джерело: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1153/2008#Text>

²⁰ – Наказ МОУ України від 14.08.2008 №402 Джерело: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1109-08#Text>

охорони здоров'я в кінці 2022 року²¹, який визначив маршрут при травмах спинного та головного мозку, при опіках, при ампутаціях та складних скелетних травмах. Зокрема, було визначено перелік критеріїв завершення етапів та переходу між етапами реабілітаційного періоду, в тому числі з використанням міжнародних шкал та Інструментів функціонального оцінювання (індекс Бартел, шкали – Ранчо Лос Амігос, ASIA, MMSE), не-

обхідні для ухвалення рішення щодо направлення пацієнта на наступний етап реабілітаційної допомоги. Умови переходу між етапами також визначаються рівнем освоєння пацієнтом навичок самообслуговування та користування допоміжними засобами реабілітації, забезпеченням індивідуально підібраним обладнанням і наданням рекомендацій щодо догляду та адаптації житла (за потреби).

Таблиця 2. Передбачені маршрути за періодами реабілітації залежно від типу травми/ушкодження

Передбачені періоди залежно від травми → Тип травми↓	Гострий реабілітаційний період	Післягострий реабілітаційний період в стаціонарних умовах	Післягострий реабілітаційний період в амбулаторних умовах	Медсестринський догляд	Довготривалий реабілітаційний період
Спина	→ ●	→ ●	→ ●	→ ●	→ ●
Головний мозок	→ ●	→ ●	→ ●	→ ●	→ ●
Опіки	→ ●	→ ●	→ ●		
Ампутації	→ ●	→ ●			→ ●
Складні скелетні травми	→ ●	→ ●	→ ●		

Резюме: тоді як маршрут ветерана буде аналогічним маршруту цивільного, то маршрут військового залежить від рішень військово-лікарської комісії та військової частини.

21 – Порядок організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах. Джерело: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1516-22#n109>

2.5 Забезпечення допоміжними засобами реабілітації (ДЗР)

До допоміжних засобів реабілітації (технічних та інших засобів реабілітації), якими забезпечуються особи з інвалідністю, діти з інвалідністю та інші окремі категорії населення, належать:

- протезно-ортопедичні вироби, у тому числі ортопедичне взуття;
- спеціальні засоби для самообслуговування та догляду;
- засоби для пересування;
- допоміжні засоби для особистої рухомості, переміщення та підйому;
- меблі та оснащення;
- спеціальні засоби для орієнтування, спілкування та обміну інформацією²².

Порядок забезпечення людей з обмеженнями повсякденного функціонування медичними виробами й допоміжними засобами реабілітації зокрема визначає постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я» від 16.12.2022 № 1462²³.

Реабілітаційний заклад або заклад охорони здоров'я залучає протезистів-ортезистів на підставі договорів безпосередньо з ними або з виробниками допоміжних засобів реабілітації. Договори між виробниками допоміжних засобів реабілітації та протезистами-ортезистами з реабілітаційними закладами, закладами охорони здоров'я укладають на безоплатній основі. У випадку звернення виробника допоміжних засобів реабілітації або безпосередньо протезиста-ортезиста до реабілітаці-

йного закладу або закладу охорони здоров'я зазначені заклади не мають права відмовити в укладенні договору про участь протезиста-ортезиста у наданні реабілітаційної допомоги²⁴.

Призначення, підбір, налаштування та навчання користуванню допоміжним засобом або засобами реабілітації, зокрема протезами, здійснює фахівець з реабілітації. Це може бути й протезист-ортезист виробника допоміжного засобу реабілітації, виготовленого на замовлення.

Під час воєнного стану пацієнти на всіх етапах евакуації до іншого закладу охорони здоров'я можуть продовжити безоплатно користуватися допоміжними засобами реабілітації, наданими у реабілітаційному закладі або закладі охорони здоров'я, у якому людина перебувала раніше, відповідно до табеля матеріально-технічного оснащення, який затверджує МОЗ.

Якщо в людини є стійке обмеження повсякденного функціонування, їй забезпечують допоміжний засіб чи засоби реабілітації для довготривалого використання в побутових умовах коштом держави за бюджетною програмою Мінсоцполітики, відповідно до законодавства. Представники органу (установи), який забезпечує ДЗР за державні кошти, взаємодіють із реабілітаційними закладами, реабілітаційними відділеннями, підрозділами закладу охорони здоров'я, щоб надати пацієнтам необхідну інформацію про державні програми забезпечення допоміжними засобами реабіліта-

22 – Допоміжні засоби реабілітації Джерело: <https://moz.gov.ua/uk/dopomizhni-zasobi-reabilitacii>

23 – Порядок забезпечення осіб з обмеженнями повсякденного функціонування медичними виробами, в тому числі допоміжними засобами реабілітації Джерело: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1462-2022-%D0%BF#n40>

24 – Деякі питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я Джерело: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1462-2022-%D0%BF#Text>

ції, зібрати інформацію про потребу у протезуванні/ортезуванні й отримати від пацієнтів заяви з необхідними документами для забезпечення ДЗР.

Ті, хто потребують продовження використання призначених допоміжних засобів реабілітації серійного виробництва після закінчення реабілітації в стаціонарних умовах, можуть отримати їх для безоплатного користування в кабінетах асистивних технологій реабілітаційних відділень, підрозділів закладів охорони здоров'я.

В рамках бюджетної програми «Соціальний захист осіб з інвалідністю» Міністерства соціальної політики України 2023 року було виділено 2,9 млрд гривень на допоміжні засоби реабілітації²⁵. Неповне використання коштів за напрямом «Забезпечення допоміжними засобами реабілітації (технічними та іншими засобами реабілітації) осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих кате-

горій населення, виплату грошової компенсації вартості за самостійно придбані такі засоби» пов'язане із введенням воєнного стану, переміщенням людей з інвалідністю в межах та поза межами України, що унеможливило отримання допоміжного засобу реабілітації; несвоєчасне подання актів виконаних робіт ортопедичними підприємствами, розірванням договорів. Також 37 322,9 тис. грн, заплановані на проведення післягарантійного ремонту засобів реабілітації (13 638,1 тис. грн), виплату компенсацій за самостійно придбані засоби реабілітації, засоби орієнтування та спілкування, ортези, акумулятори тощо (19 553,7 тис. грн), виготовлення допоміжних засобів реабілітації (4 131,1 тис. грн) не розподілили, бо від людей з інвалідністю не було запитів. При цьому ДЗР забезпечили 2315 пацієнтів з інвалідністю, які є ветеранами АТО.

Резюме: забезпечення допоміжними засобами реабілітації під час перебування на стаціонарному лікуванні або реабілітації забезпечується відповідним закладом охорони здоров'я, де перебуває пацієнт. Для цього в кожному закладі функціонують кабінети протезистів-ортезистів, а заклади укладають договори із протезними підприємствами. Щоб отримати ДЗР для постійного використання військовому або ветерану слід звернутись до установи Мінсоцполітики. За даними реалізації бюджетної програми Мінсоцполітики, в якій були закладені кошти на ДЗР, 2023 року 37 млн гривень були не використаними через відсутність звернень.

2.6 Нормативне врегулювання протезування

Загалом в Україні працює державна програма протезування кінцівок, яка реалізується Фондом соціального захисту осіб з інвалідністю. За цією програмою на протезування верхніх та нижніх кінцівок виділяються кошти в рамках державного бюджету, для протезів при різних рівнях ампутацій встановлені відповідні граничні вартості.

Якщо протезування потребує військовослужбовець, який отримав поранення, контузію, каліцтво або захворювання під час захисту Батьківщини (тобто є учасником бойових дій), то він має право на втричі дорожчі протези за встановлену граничну вартість, тобто протези із підвищеною функціональністю та більш надійними комплектувальними.

Первинний протез, який робиться одразу – найпростіший. Протезування осіб, які отримали поранення під час бойових дій, звичайним протезом відбувається відповідно до Постанови КМУ від 5 квітня 2012 р. № 321. На первинному протезуванні протез призначається з метою формування кукси, адаптації особи до протеза та освоєння навичок користування ним. У разі наявності певних ускладнень стану опорно-рухового апарату, відбувається складне протезування або ортезування.

В особливих випадках, якщо особі необхідне протезування/ортезування виробами підвищеної функціональності за технологіями виготовлення, які відсутні в Україні, та/або спеціаль-

ними виробами для занять спортом, застосовується Постанова КМУ від 1 жовтня 2014 р. № 518. Отримати протез або компенсацію за самостійно придбаний протез можна трьома методами:

1. подати заяву до відповідних структурних підрозділів соціального захисту населення у регіоні;
2. через Електронний кабінет особи з інвалідністю централізованого банку з проблем інвалідності (ЦБІ);
3. через Центри надання адміністративних послуг (ЦНАП)²⁶.

2023 року протезування фінансували з державного бюджету за бюджетною програмою «Соціальний захист осіб з інвалідністю», розпорядником коштів за якою є Міністерство соціальної політики. 2023 року засоби протезування (ортезування) та/або спеціальні вироби для занять спортом, нейрореабілітацію отримали 12 учасників бойових дій, які втратили функціональні можливості кінцівок; було заплановано – 46. Середня вартість одного випадку протезування становила 1,3 млн грн. Відхилення показників від запланованих пояснюється фактичним зверненням учасників бойових дій, які втратили функціональні можливості кінцівок щодо забезпечення засобами протезування (ортезування), спеціальними виробами для занять спортом чи заміни приймальної гільзи (куксоприймача) і післягарантійного ремонту протезів.

Неповне використання коштів за напрямом «Протезування та ортезу-

вання виробами підвищеної функціональності за новітніми технологіями та технологіями виготовлення, які відсутні в Україні, та/або спеціальними виробами для занять спортом окремих категорій громадян, які втратили функціональні можливості кінцівки або кінцівок, у тому числі оплати банківських послуг» пояснюється фактичним зверненням до Фонду соціального захисту осіб з інвалідністю учасників бойових дій, які втратили функціональні можливості кінцівок щодо забезпечення засобами протезування (ортезування) та/або спеціальними виробами для занять спортом, або проведення післягарантійного ремонту протезно-ортопедичного виробу підвищеної функ-

ціональності. Також на зменшення кількості осіб, яких необхідно забезпечити засобами протезування (ортезування) та/або спеціальними виробами для занять спортом вплинув факт внесення змін на початку 2023 року до постанови Кабінету Міністрів України від 01 жовтня 2014 р. № 518, відповідно до внесених змін учасники бойових дій, які мають ампутацію однієї нижньої кінцівки, набули право на отримання грошової допомоги на протезування та/або ортезування нижньої кінцівки виробами підвищеної функціональності за новітніми технологіями та технологіями виготовлення, які відсутні в Україні, але трапилось це лише 13 жовтня 2023 року²⁷.

Резюме: військові та ветерани, які потребують протезування, можуть отримати його за державний кошт, при чому йдеться і як про самі протези, так і про їхнє подальше обслуговування. Завдяки змінам, які було внесено у постанову КМУ у 2023 році, військові та ветерани також можуть отримати компенсацію за протези, які виробляються за технологіями, недоступними в Україні.

2.7 Цільова підтримка військових і ветеранів

Соціальний захист і гарантії забезпечення військовослужбовців визначені у Законі України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей»²⁸. В частині щодо реабілітації йдеться про те, що військові за наявності відповідного рішення ВЛК можуть бути направлені на лікування та/або медико-психологічну реабілітацію за кордон. Порядок надання такої можливості та проведення оплати встановлюється Кабінетом Міністрів України.

Тож військовослужбовці мають право на отримання реабілітаційної допомоги й за кордоном, а їхнє харчування відбувається за державний кошт з бюджету МОУ.

Окремо у вищенаведеному Законі йдеться про забезпечення соціальних гарантій під час лікування військовослужбовців.

Військовослужбовці, звільнені з військової служби внаслідок захворювання, пов'язаного з виконанням обов'язків військової служби, члени сімей військовослужбовців приймаються на обстеження і лікування до військово-медичних закладів охорони здоров'я в порядку, встановленому Міністерством оборони України, іншими утвореними відповідно до законів України військовими формуваннями та правоохоронними органами.

Військовослужбовцю на підставі висновку військово-лікарської комісії надається відпустка для лікування у зв'язку з хворобою або відпустка для

лікування після поранення (контузії, травми або каліцтва) зі збереженням грошового та матеріального забезпечення. Тривалість такої відпустки визначається характером захворювання, поранення (контузії, травми або каліцтва). Відпустка надається без урахування часу, необхідного для проїзду в межах України до місця проведення відпустки та назад, але не більше двох діб в один кінець.

Огляд військово-лікарською комісією для розв'язання питання про потребу у тривалому лікуванні здійснюється не пізніше ніж через чотири місяці від початку лікування. Якщо відповідно до медичних документів закладу охорони здоров'я іноземної держави, до якого військовослужбовця направлено в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України, хвороба або поранення (контузія, травма або каліцтво) військовослужбовця перешкоджає йому прибути до військово-лікарської комісії для проведення огляду з метою визначення потреби у тривалому лікуванні, такий огляд проводиться дистанційно в порядку, встановленому Міністерством оборони України. Висновок військово-лікарської комісії про потребу у тривалому лікуванні є підставою для продовження часу перебування військовослужбовця в закладах охорони здоров'я та у відпустці для лікування у зв'язку з хворобою або у відпустці для лікування після поранення (контузії, травми або каліцтва) зі збереженням грошового та матеріального

забезпечення на строк, визначений у такому висновку.

За військовослужбовцями, виведеними у розпорядження командира (начальника) військової частини у зв'язку з потребою у тривалому лікуванні, зберігаються виплати в розмірі посадового окладу за останнім місцем служби, окладу за військовим званням, надбавки за вислугу років, інших щомісячних додаткових видів грошового забезпечення постійного характеру та інші види грошового забезпечення з урахуванням зміни вислуги років та норм грошового забезпечення протягом усього строку безперервного перебування на лікуванні в закладах охорони здоров'я, зокрема іноземних держав, та у відпустці для лікування у зв'язку з хворобою або відпустці для лікування після поранення (контузії, травми або каліцтва), встановленого абзацом першим пункту 11 статті 10-1 цього Закону.

Тож, відповідно до положень Закону, держава гарантує військовослужбовцям лікування, відпустки для лікування, можливість звернутися до відомчих закладів охорони здоров'я навіть після звільнення зі служби та матеріальну підтримку на час лікування чинних військових.

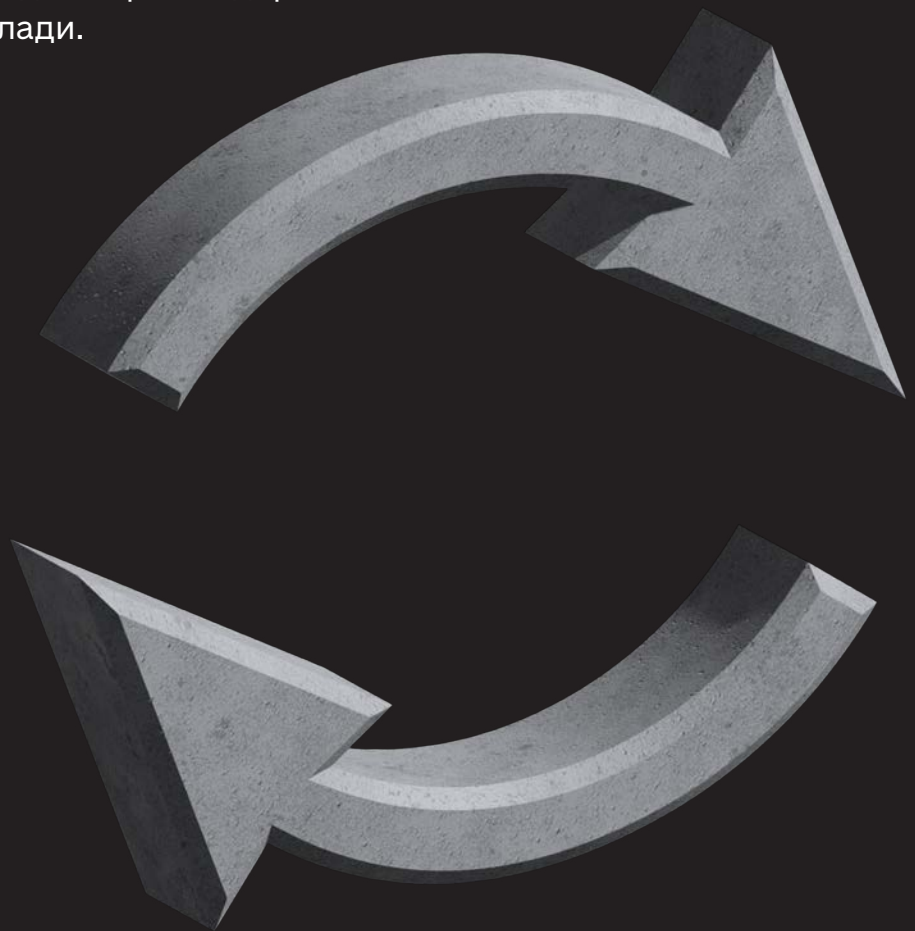
Права ветеранів визначені в окремому нормативному акті – Законі України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту»²⁹. В цьому законі не згадується окремо про реабілітацію, здебільшого йдеться про забезпечення соціального захисту, але гарантуються деякі права у сфері охорони здоров'я, серед яких: безоплатне забезпечення санаторно-курортним лікуванням або одержання компенсації вартості самостійного санаторно-курортного лікування та першочергове обслуговування в лікувально-профілактичних закладах, аптеках та першочергова госпіталізація.

**Резюме: цільова підтримка
військовослужбовців та ветеранів
зосереджена на дотриманні
соціальних прав та у гарантіях
грошового та матеріального
забезпечення на період лікування.**

Опис результатів дослідження

У цьому розділі йдеться про отримані результати під час якісного та кількісного етапів дослідження. Кожен з підрозділів присвячений одній темі, як то реабілітаційний маршрут або мультидисциплінарні реабілітаційні команди. Структура підрозділу охоплює аналіз досвіду отримувачів реабілітаційних послуг, досвіду надавачів реабілітаційних послуг, думки експертів та результати кількісного етапу дослідження.

У частині опису досвіду отримувачів реабілітаційної допомоги ми здійснили групування за закладами, де військові або ветерани отримували послуги відповідно до статусу юридичної особи: військові госпіталі, цивільні лікарні, приватні заклади охорони здоров'я, санаторно-курортні заклади.



3.1 Реабілітаційний маршрут на практиці

«А для чого нас сюди привезли?». Лікар каже: «Для того, щоб я вас виписав» (Р11 Семен)

Респонденти якісного етапу перебували й отримували медичні послуги в 37 містах, найчастіше це були Київ, Харків, Львів та Дніпро. Згідно з результатами кількісного етапу, респонденти перебували з метою лікування в середньому в 4-х закладах, при цьому більша частина респондентів перебувала в чотирьох та більше закладах. З метою реабілітації військові в середньому перебували у двох закладах, при чому 54% з них отримували послуги реабілітації у двох та більше закладах.

Маршрути поранених залежать від важкості стану пацієнта. Пацієнтів у важкому стані намагаються якнайшвидше транспортувати до закладу охорони здоров'я, де ті отримуватимуть медичну допомогу. Якщо поранений у стані середньої важкості, то його нерідко перекидають з одного «стабілізаційного» пункту до іншого. Зазвичай під час таких зупинок військовим не надають спеціалізовану медичну допомогу, не здійснюють складних операцій та не надають реабілітаційних послуг, поки вони не потраплять у заклад, де лікуватимуться.

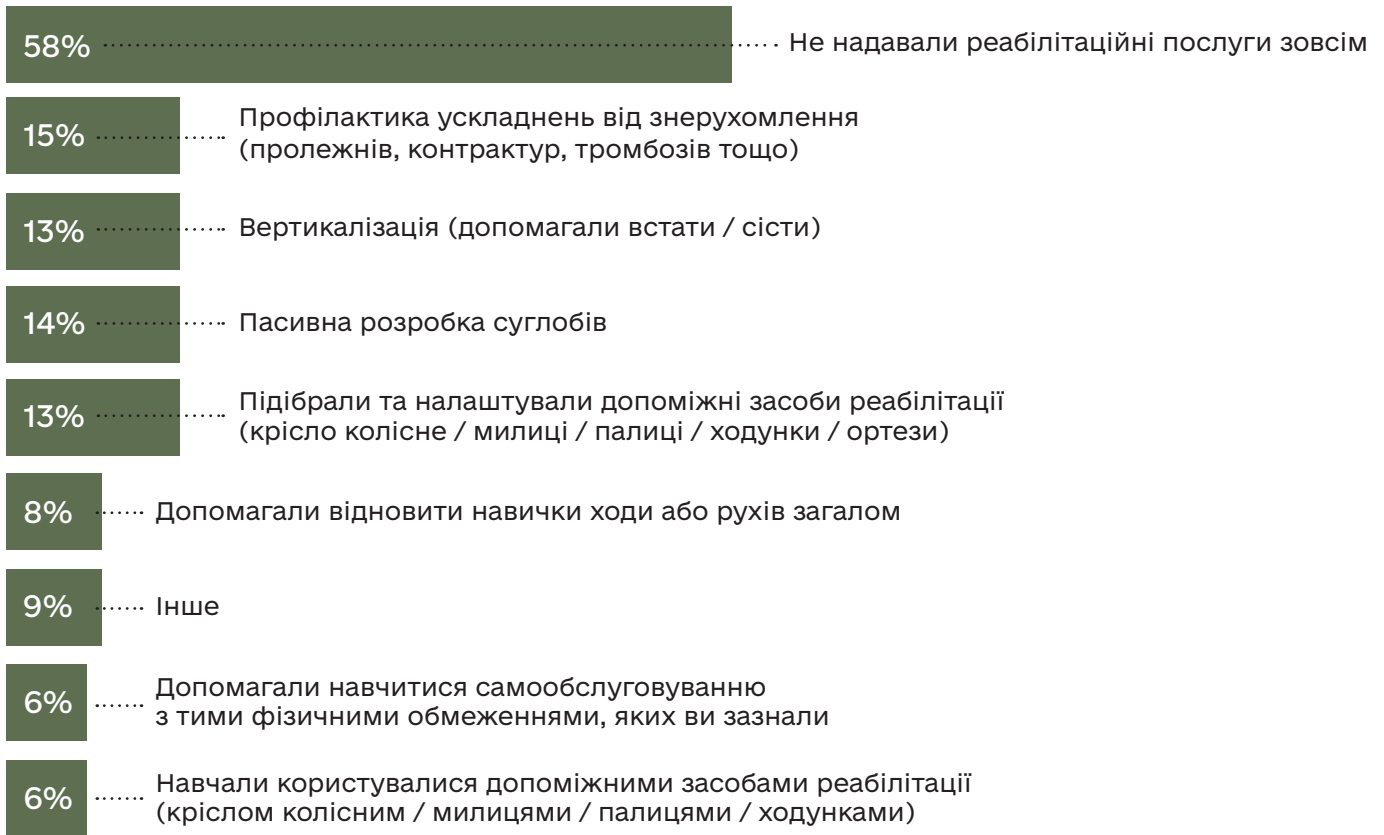
Поранено мене було безпосередньо 10 січня, під час виконання бойових завдань по захисту Батьківщини. Це було поблизу міста

Соледар, Червона Гора. Красна Гора. Де мене евакуювали спочатку медрота наша на броні, доправили до стабілізаційного пункту... Де мене стабілізували трошки, ну там зшили якісь сосуди, артерії, та направили мене до міста Краматорськ... В Краматорську я пробув добу, і з Краматорська мене привезли в Дніпро, у лікарню, де я пробув також добу. Такого нічого мені не робили, тільки перев'язки. І звідти евакуаційним поїздом я попав в місто Рівне... Де безпосередньо до 20 березня я знаходився, і там проходив лікування. **(Р9 Євген, травма кінцівок без ампутацій)**

Надалі військові потрапляють на основний етап лікування, який може відбуватися у військовому або цивільному закладі охорони здоров'я. Всі опитані військовослужбовці хоча б раз проходили через військовий госпіталь під час лікування внаслідок поранення на полі бою або травми, що виникла під час служби.

39% з респондентів кількісного етапу зазначали, що отримували реабілітацію у гострому періоді після травми/поранення, проте, 58% - не отримували жодних реабілітаційних послуг в цьому періоді.

Рисунок 9. В лікувальному закладі, де вам проводили операцію або надавали лікування В ПЕРШИЙ ЧАС (1-3 тижні) після травми/поранення, які послуги реабілітації паралельно з лікуванням вам надавали?



*N=157; вибір декількох варіантів

Поточна правова рамка ускладнює отримання медичних послуг для поранених військовослужбовців. Військовий обов'язково повинен мати направлення у конкретний лікувальний заклад і погодження від військової частини щодо продовження лікування/реабілітації. Інакше доведеться звертатися до лікарів у приватному порядку.

Військовий може обрати ЗОЗ самостійно, якщо цей медичний заклад погодиться взяти його на лікування. Зі слів респондентів, для цього необхідно:

домовитися із ЗОЗ за власним вибором → отримати від ЗОЗ пись-

мове підтвердження про прийняття на лікування → надати це підтвердження в/ч → отримати направлення від в/ч на до цього ЗОЗ → надати направлення в ЗОЗ. Надавачі реабілітаційних послуг, які були учасниками якісного етапу дослідження, підтвердили функціонування такого маршруту:

Військовослужбовець може звернутися до нас особисто, зателефонувавши, написавши... від нас він може отримати гарантійний лист, що ми готові ось такого пацієнта взяти в той чи інший період часу. /.../ Потім від їде по

гарантійному листу, і ми його кладемо до себе... Гарантійний лист, який видається, якщо я не помиляюсь, військовослужбовцю, але він щодо цього листа контактує з військовою частиною, повідомляє куди він буде їхати. І там, здається, ще одну частину... ще один примірник він віддає військовій частині. (КІ 1)

За даними кількісного етапу дослідження всього четверть (25%) респондентів добре (та дуже добре) оцінили супровід та допомогу військової частини під час лікування та реабілітації. Більша частина (52%) оцінили незадовільно (та дуже незадовільно) сприяння військової частини у розв'язанні різних питань під час реабілітації.

Рисунок 10. Як ви оцінюєте, наскільки військова частина сприяла допомозі під час лікування та реабілітації (супровід та сприяння організації лікування та реабілітації, підготовка та погодження документів, своєчасність грошових виплат тощо)?



*N=157

Так само складніше для військового отримати **необхідний обсяг реабілітаційних послуг амбулаторно**, що водночас додає труднощів у функціонуванні системи реабілітаційної допомоги загалом і сприяє її перевантаженню. Один з респондентів-експертів пояснює, що амбулаторно реабілітацію військовий може отримати, коли перебуває у відпустці після поранення, оскільки відповідно

до юридичного статусу виникає необхідність, щоб «військовослужбовці були або в строю, або на ліжку стаціонарному».

Військові у післягострому та довготривалому реабілітаційному періоді самостійно (або з родичами) шукають заклад охорони здоров'я або окремих фахівців, які надають реабілітаційні послуги. Тож вони потрапляють до:

- спеціалізованих реабілітаційних центрів;
- приватних закладів;
- приватних спеціалістів.

Вибір самостійно необхідного закладу реабілітації потребує докладання неабияких зусиль під час пошуку і організації переведення з боку військових та їхніх близьких. Зокрема, під час пошуку респонденти можуть звертатись попередньо до лікуючого лікаря у військовому госпіталі, шукати контакти серед своїх знайомих лікарів, або самостійно шукати заклади та контактні дані в інтернеті. Проте далі вони також узгоджують можливість закладу забезпечити лікування та/або реабілітацію, враховуючи фактори: готовність закладу загалом зайнятись військовим з певним типом травм; вільність ліжкомісць в стаціонарному реабілітаційному відділенні; інколи попередньо самостійно відвідують заклад для узгоджень перед переведенням (близькі пораненого). І тільки після цього вони можуть розпочати узгодження документальних аспектів для переведення. Одна з респонденток серед близьких військового описує їхній маршрут пошуку та переведення.

Я сіла, по НСЗУ подивилася хто заключив договір на реабілітацію якраз цього профілю. Там же ж треба ще профіль. Потім ми дзвонили чи беруть вони військових. Потім попросили завідувачі, якщо можливо, там його якось взяти з частини, щоб він під'їхав і ми подивилися їхній стан. Бо ж реабілітація це ж таки, знову про коліно, тут же треба попасти, щоб тобі воно підходило. Бо є лікарня, де реабілітація, якщо травма позвон-

ку. Це [лікарні] в Києві найкращі. Ну, [лікарня] бере з усім. А є які спеціалізуються, там, от як бедро, коліно. В яких лікарнях є всі апарати, в яких там недостача. В яких може не бути реабілітолога цього профілю. Тобто ще треба самому приїжджати і конкретно, з даною конкретною проблемою, дивитися як треба з неї виходити. Чи підходить цей медичний заклад. **(Р46 Ганна, травма кінцівок без ампутацій, ін.)**

Частина респондентів зазначили, що продовжували реабілітацію самостійно вдома. За поняттям «реабілітація вдома» передбачена низка практик, які реабілітанти спроможні виконувати самостійно. Наприклад, виписуючись з лікарні, людина отримує рекомендації лікаря стосовно фізичних вправ і процедур і виконує їх. Дехто купує допоміжний (егротерапевтичний чи спортивний) інвентар додому.

Важливою частиною маршруту військового є проходження військово-лікарської комісії. Згідно із законодавством, під час воєнного стану було створено додаткові позаштатні ВЛК при цивільних закладах охорони здоров'я, де лікуються військові. Комісії визначають потребу військовослужбовців у продовженні лікування та/або реабілітації.

Якщо ви цивільна людина, ви отримуєте направлення і ви можете самі пройти лікаря, правильно? З цим направленням звернутися, ну, от я хочу в цю лікарню до цього хірурга, це мені, якщо він працює з НСЗУ, це дає мені можливість. Якщо людина військова,

хоча вони і лікуються в комунальних закладах по цій програмі, вибрати самі вони не можуть. І взагалі і начмеди, і госпіталь погано володіють інформацією. А начмеди взагалі не володіють інформацією в які заклади відправляти і де навіть проходить у нас в Києві реабілітація. **(Р46 Ганна, травма кінцівок без ампутацій, ін.)**

Серед бар'єрів на шляху реабілітації пов'язаних з ВЛК, є проблема відсутності необхідного формулювання у висновку ВЛК - «потребує лікування/реабілітації», як це визначено в наказі про військово-лікарську експертизу³⁰. Один з респондентів, лікар, який представляє патронатну службу військової частини, описує проблематику переходу з лікування до реабілітації, коли військовий проходить ВЛК, але потім вже самостійно займається пошуком закладу реабілітації:

І якщо лікарі, у них хороший настрій, вони можуть їх полікувати або перевести в реабілітацію, дуже часто там трошки полікували і відправляють через ВЛК у відпустку. А потім з відпустки пацієнти самі собі шукають, де далі лікувати ноги. І руки.(КІ-19)

Позаштатні ВЛК здійснюють медичний огляд військових після лікування, але не можуть видавати висновків про придатність. Встановити ступінь придатності до військової служби може тільки військова ВЛК і для цього іноді виникає потреба у госпіталізації військовослужбовця. Загалом процедура проходження ВЛК виявилась великою проблемою в контексті безперервності лікування та реабілітації, оскільки проходження ВЛК може відбуватися в іншому

закладі охорони здоров'я або навіть в іншому населеному пункті. Однак під час такої госпіталізації **військові не отримують ні лікувальних, ні реабілітаційних послуг**, що призводить до переривання лікування (43% респондентів зазначили проблему переривання лікування/реабілітації для узгодження бюрократичних питань).

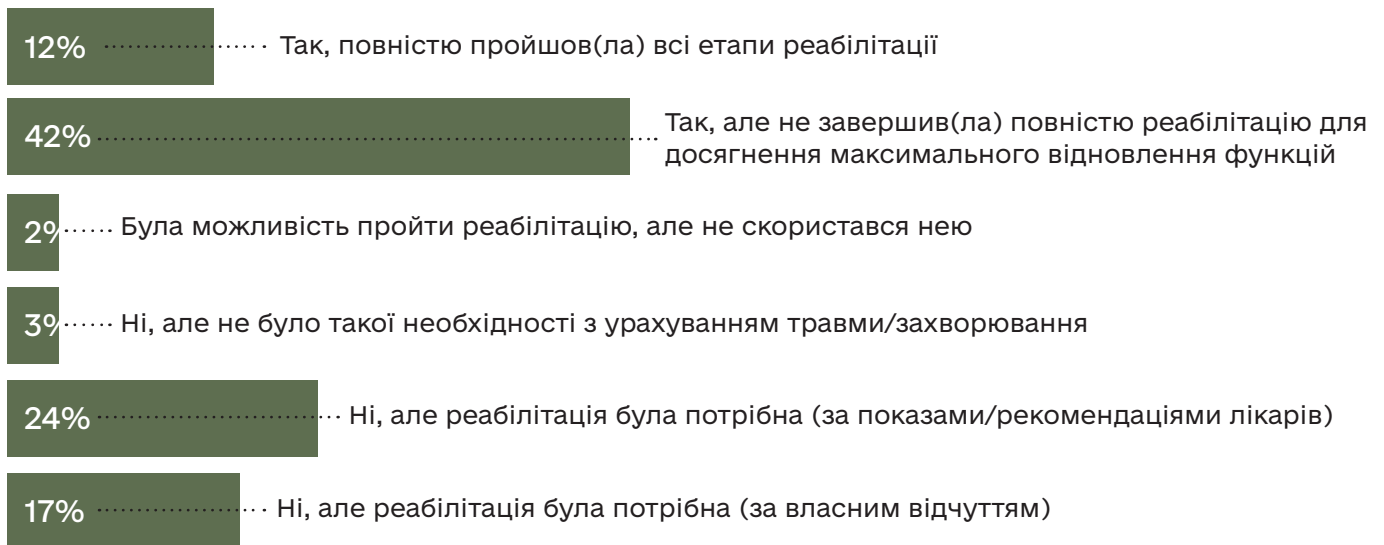
Військові, які за рішенням ВЛК були визнані обмежено придатними або непридатними до служби з переоглядом через 6–12 місяців, залишалися без реабілітації. На момент здійснення опитування (жовтень – листопад 2023 року), законодавством передбачено, що військові з таким статусом, які не звільняються у запас, повинні перебувати у військовій частині до перегляду рішення ВЛК – від 6 до 12 місяців. В умовах в/ч неможливо відновити стан здоров'я. Тим паче респонденти зазначали, що їм не видавали направлення на подальше лікування чи реабілітацію та **часто військова частина взагалі не знала, як бути з військовими у статусі обмежено придатних або непридатних із переоглядом через 6-12 місяців, через що вони залишалися у стані невизначеності**. Затримка із реагуванням з боку в/ч спричиняла погіршення стану здоров'я військових та суттєво ускладнювала успішне проходження реабілітації.

Там йому не робили, провели ВЛК і визнали обмежено-придатним... І на реабілітацію все-таки він повернувся в частину. В частині сказали, що направлень на реабілітацію нікуди давати не будуть. І на милицях відправили в підрозділ. **(Р46 Ганна, травма нижніх та/або верхніх кінцівок (без ампутацій))**

Тобто я ще 3 тижні почекав рішення. І за рішенням ВЛК я непридатний до військової служби, з переоглядом через 6 місяців. Я чекав в частині висновок. /.../ І я потребував операцію. Але мене ніхто нікуди не направляв. І навіть після того, як встановив що я непридатний до військової служби, мені відповіли на те, що вас таких багато, і ми не знаємо, що з вами робити. Тобто ну люди...вони не знали, що робити. Або нас на лікування, або додому, або тримати в частині, ніхто того не знав». **(P9)**

За результатами кількісного етапу основними бар'єрами отримання послуг реабілітації є бюрократичні аспекти та взаємодія із військовою частиною. Серед 290 респондентів, всього 157 (54%) змогли отримати реабілітаційні послуги. З них, 123 (42%) змогли частково пройти реабілітацію, проте зазначили, що цього було недостатньо. І всього 34 осіб (11%) зазначили, що їм вдалось повністю завершити всі цикли реабілітації.

Рисунок 11. Чи була змога отримати послуги медичної реабілітації загалом?



*N=210

Серед осіб, які мали досвід реабілітації, але її було недостатньо, зазначали основною причиною процедури ВЛК, на якій їм не продовжили відпустку у зв'язку з лікуванням та реабілітацією (31%). 118 (41%) респондентів, які мали б отримати послуги реабілітації за показами лікаря та/або за власним відчуттям, зазначили, що

так і не змогли пройти реабілітацію. Бар'єрами, які унеможливили військовим отримати реабілітаційні послуги, були: їхня військова частина, яка не дозволила - 31 осіб (26%); та загалом відсутність інформації про таку можливість - 41 (35%).

Проте найбільш проблемним респонденти зазначили саме причини,

пов'язані з ВЛК (не пройшли вчасно ВЛК, у висновку помилково не зазначили потребу реабілітації, на ВЛК не продовжили відпустку). Загалом з однією з цих проблем або декількома одночасно, пов'язаними з ВЛК, зіштовхувались 42% респондентів, які не змогли взагалі отримати послуги реабілітації, та 41% серед тих, хто не зміг повністю завершити.

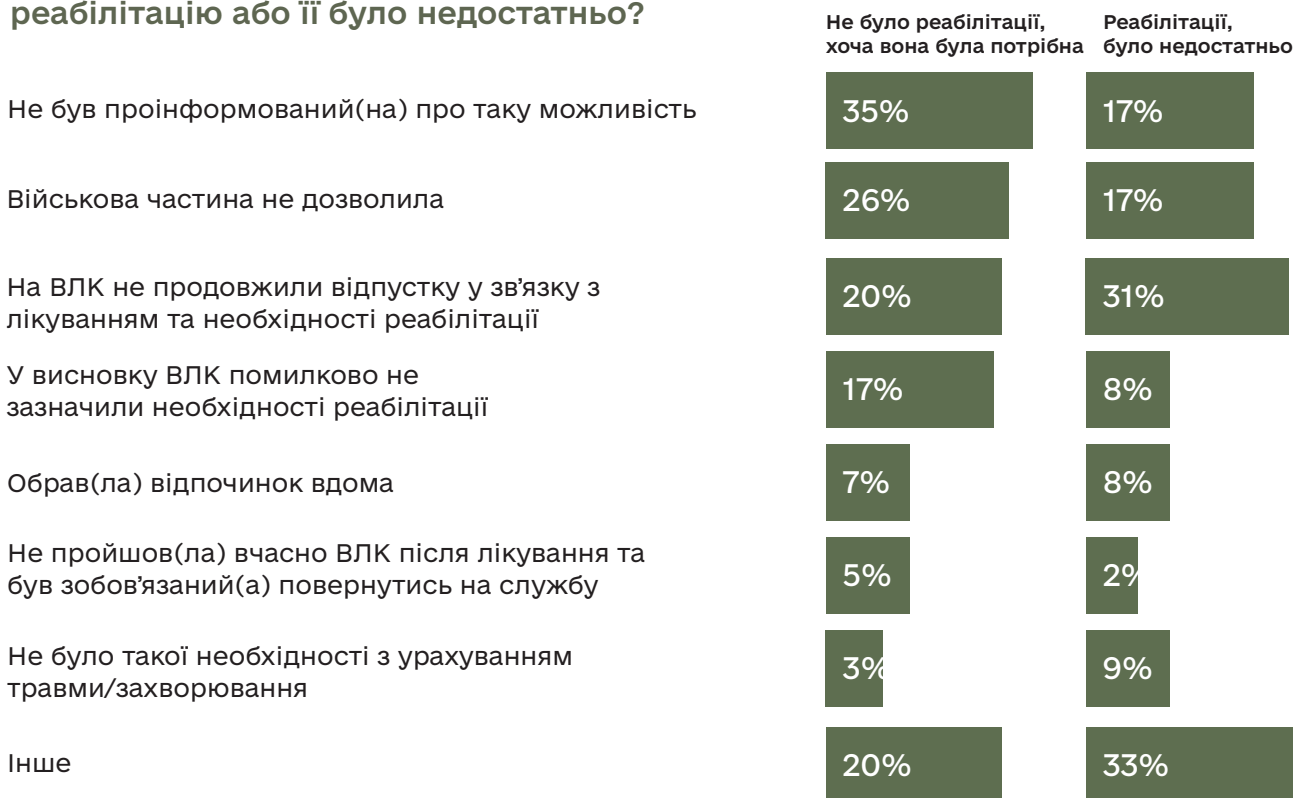
Респонденти кількісного етапу додатково деталізували інші організаційні проблеми, які не дозволили їм взагалі отримати реабілітаційні послуги. А саме: труднощі з отриманням необхідних документів та висновків для продовження реабілітації, оскільки їхня військова частина не забезпечила належної координації та підтримки для проходження реабілітації, в тому числі проблеми координації військо-

вої частини безпосередньо з закладом охорони здоров'я, де військовий проходив лікування та реабілітацію.

Іншою проблемою є непоінформованість про можливі місця надання таких послуг та умови реабілітації, що інколи сприймається військовими як взагалі відсутність можливості реабілітації та відсутність реабілітаційних закладів.

Частина респондентів, які вказали на неможливість отримати послуги реабілітації, зазначили незадоволеність рівнем та обсягом надання реабілітаційних послуг, оскільки вони отримали недостатню, на їхню думку, підтримку та реабілітаційну допомогу, що могло бути спричинено серед іншого відсутністю належного реабілітаційного обладнання та персоналу в закладі.

Рисунок 12. Які були причини того, чому ви не проходили реабілітацію або її було недостатньо?



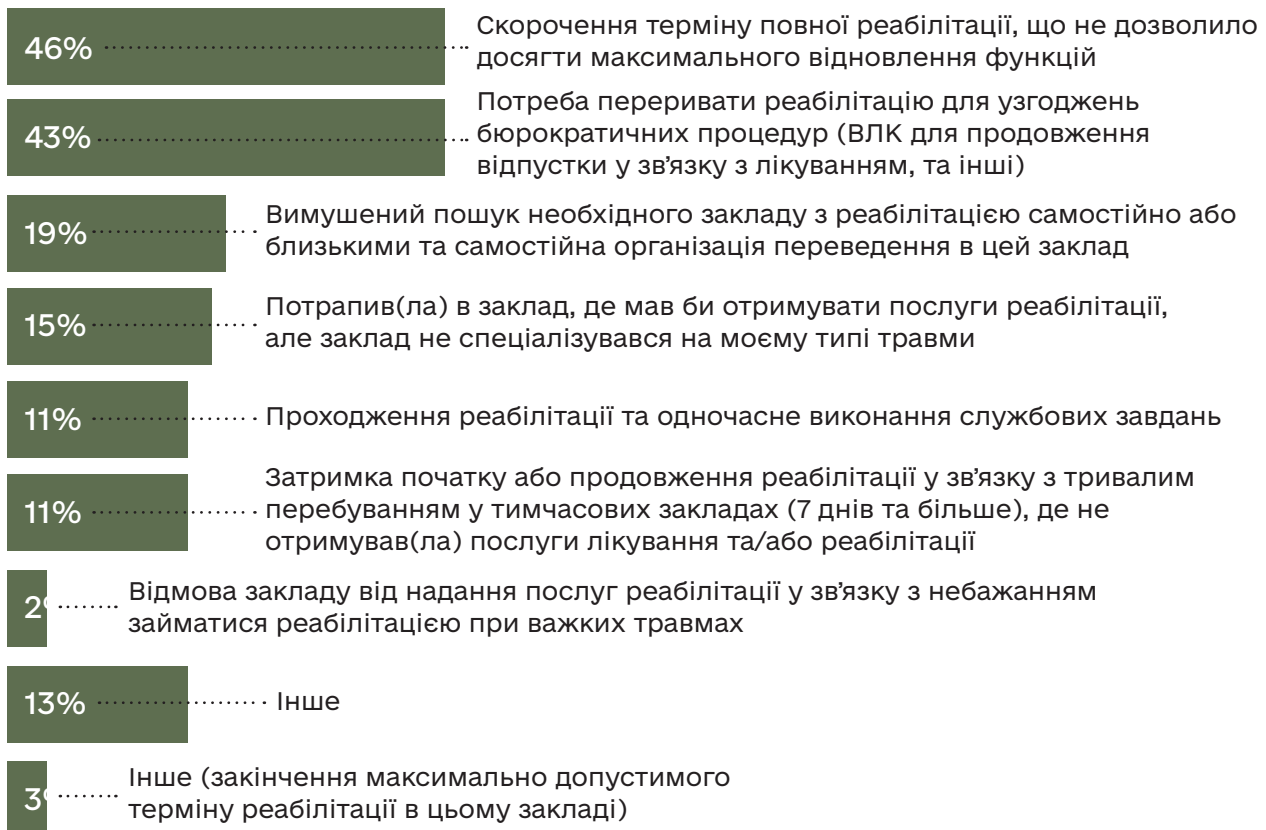
* Не отримували послуги, хоча реабілітація була потрібна N=118; Було недостатньо N=123; вибір декількох варіантів

Схожі проблеми зазначали також респонденти, які загалом змогли отримати послуги реабілітації, проте послуг було недостатньо. Але респонденти також зіштовхувались з іншими проблемами, зокрема, потребою самостійно шукати заклади з метою реабілітації, оскільки військова частина не узгодила відповідне скерування. А також у деякі зазначили причиною вимушену виписку з реабілітаційного закладу у зв'язку з обмеженою кількістю доступних ре-

абілітаційних циклів на рік.

Найпоширеніші проблеми, з якими зіштовхуються респонденти під час реабілітації: скорочення терміну реабілітації - 72 респонденти (46%) та переривання реабілітації для узгодження процедур, пов'язаних зі службою - 68 (43%). З однієї з цих проблем або з двома одночасно зіштовхувалась більша частина військових, а саме 112 (71%) всіх опитаних респондентів, які отримали послуги реабілітації.

Рисунок 13. З якими з перелічених проблем/бар'єрів пов'язаних з отриманням послуг реабілітації ви зіштовхувались?



*N=157; вибір декількох варіантів

Респонденти, які мали досвід реабілітації в різних закладах, зазначають, що їм нерідко доводилося змінювати заклад через відмову у продовженні лікування після завершення циклу реабілітації. Таку причину респонденти зазначили для 36 зі 178 закладів, в яких перебували. Майже в третині (30%, тобто в 36 зі 119)

закладів серед тих, де респонденти проходили реабілітацію та змінювали один заклад на інший, вони зіштовхувались з відмовами у продовженні реабілітації. Після цього пацієнтів перенаправляли в інші заклади, або вони були змушені самостійно шукати новий заклад для реабілітації.

Які були основні причини переведення з цього закладу, де проходили реабілітацію, до іншого закладу з метою реабілітації?



*N=178 – кількість закладів реабілітації про які зазначили респонденти; вибір декількох варіантів

Відмова в продовженні реабілітації у зв'язку з закінченням реабілітаційного циклу найчастіше відбувалась в санаторно-курортних закладах (55%), госпіталях ветеранів війни (41%) та в спеціалізованих закладах реабілітації (35%). Це суттєво частіше за комунальні заклади (23%) та військові госпіталі (18%).

Щодо місця направлення чи перенаправлення, це відбувається відповідно до розроблених маршрутів. Респонденти часто зазначали, що керівництво відділень/закладів особисто зверталось до колег з інших ЗОЗ, щоб обговорити переведення пацієнта. Як результат, людину можуть направити за місцем проходження служби. Рідше – перенаправляють до ЗОЗ за місцем проживання. У такому випадку самі респонденти кажуть «мені повезло», бо зазвичай ані медичний заклад, ані в/ч не враховують критерій місця проживання. Іноді в маршрут перенаправлення військового долучається патронатна служба, яка може допомогти із переведенням до закладу із врахуванням потреб військового. Одна з учасниць дослідження відмітила злагоджену роботу патронатної служби, яка повністю опікується усіма питаннями щодо прав та обов'язків військових своєї бригади, зокрема щодо евакуації, лікування та реабілітації поранених. Навіть у ситуаціях, коли виникали складнощі із комунікацією з лікарями, патронатна служба втручалася і допомагала із налагодженням надання реабілітації.

Зі слів респондентів-надавачів, якщо пацієнту-військовому потрібна додаткова спеціалізована медична допомога і поточний ЗОЗ не може її надати, лікуючий лікар або керівник відділу/закладу домовляється з іншим ЗОЗ щодо переведення. За сло-

вами респондентів, це відбувається скоріше у неформальному «ручному режимі» на основі особистих зв'язків.

Це просто направлення від нашого закладу з діагнозом і що треба зробити. І зазвичай це, ну, на сьогодні для нашого закладу це ручний режим, це ми стикуємося з тим закладом, в якому хочемо проконсультувати і тоді туди направляємо. Ну, навіть, якщо не знаємо, просто начмед з начмедом, просто на рівні начмедів зідзвонюється, що є пацієнт з такою-то патологією, що це військовий. **(КІ 24)**

Респонденти серед експертів зазначають, що наразі, згідно із затвердженими евакуаційними маршрутами, початкове лікування/операції та реабілітація в гострому періоді здійснюється у військових госпіталях. Далі під час подальшої евакуації, відповідно до маршруту, характеру травм і можливостей закладів працювати з цим типом травм, визначається потрібний заклад. Основні суб'єкти ухвалення таких рішень – керівництво військово-медичного клінічного центру, куди потрапив військовий. Після стабілізації пацієнтів скеровують до відповідних закладів охорони здоров'я, де вони можуть отримати необхідну допомогу, яка передбачає як лікування, так і реабілітацію. При цьому, у виборі необхідного закладу також враховуються приписи та рекомендації лікарів (наприклад, хірурга, нейрохірурга, травматолога, анестезіолога, терапевта та ін). Розподіл пацієнтів здійснюється з урахуванням спеціалізації необхідного закладу, враховуючи доступну інформацію про заклади щодо специфіки та профілю роботи

з травмами, а також завантаженості в цей момент. Під час розподілу намагаються залишати складні випадки (тяжкі черепно-мозкові, спінальні травми, множинні травми) у військових закладах, оскільки такі пацієнти потребують суттєво більшого обсягу медичної допомоги та догляду. Водночас військовослужбовців у стабільному стані намагаються скеровувати здебільшого до цивільних закладів.

Одну з провідних ролей у супроводі військових під час лікування в цивільних закладах відіграють **медичні куратори (координатори)**. Таку структуру створено у 2022 році з метою забезпечення взаємодії між військовими та цивільними закладами охорони здоров'я і контролю за проходженням військовослужбовцями різних етапів лікування та реабілітації. Ці фахівці беруть на себе координацію процесу евакуації пацієнтів, допомагаючи цивільним лікарям розв'язувати питання подальшого лікування або реабілітації. Куратори регулярно відвідують лікарні, оцінюють стан пацієнтів, а також зв'язуються з провідними хірургами та спеціалізованими медичними закладами, щоб забезпечити пацієнту найкращі умови для подальшого лікування. Якщо в цивільному закладі неможливо надати необхідну допомогу або військовий потребує іншої допомоги на поточному етапі, куратори організують переведення пацієнта до відповідного закладу. Вони також стежать за якістю наданих послуг, проводять наради з лікарями для підвищення ефективності лікування та реабілітації.

Про досвід взаємодії з медичними координаторами зазначили всього декілька респондентів серед військових після поранення, **оскільки у**

більшості респондентів прямої взаємодії з їхніми медичними кураторами не було або про їхню залученість респондентам було невідомо. В тому числі респонденти серед надавачів послуг не мали досвіду співпраці з медичними координаторами. Проте, інколи медичні куратори суттєво допомагали військовим після поранення, про що розповів один з респондентів.

Військовий куратор він [хірург], у нього кожен ранок був обхід по тим палатам, де лежали військові. Йому по суті лікуючі лікарі доповідали що і так далі. І коли в мене розійшлися шви, це було, получається, ми вияснили це на перев'язці в другій половині дня. До завтрашнього в мене затягнули пов'язкою, але все одно декілька швів вони розійшлися, роз'їхалися по суті. ... І тоді військовий куратор йому одразу [лікуючому лікарю] – «так, у нас там замовлена операційна». Допустимо, це було у вісім. В дев'ять підготувати, подати в такий-то, такий-то зал. І тобто по його команді мене піднімають в цю операційну і він особисто мене підшиває. **(P37)**

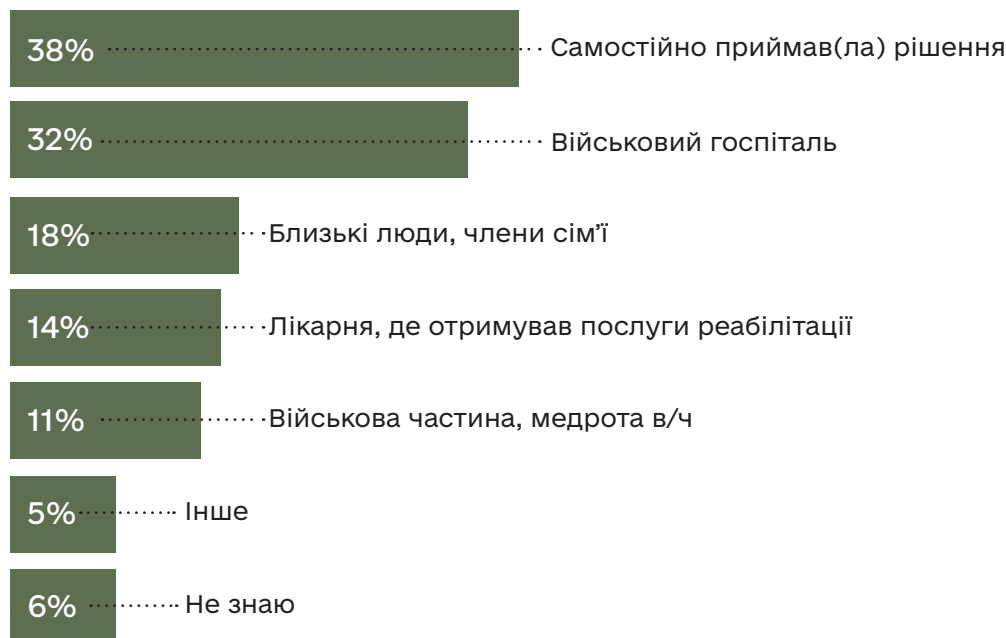
Втім, з досвіду іншої респондентки, навіть за участі медичного куратора під час направлення на лікування та реабілітацію можливі випадки скерування до невідповідного закладу. Зокрема, чоловіка респондентки направили до опорної багатопрофільної лікарні, в тому числі через наявність множинних травм, проте в цьому закладі йому не змогли забезпечити лікування. Це свідчить про те, що **реальна спроможність лікарні може відрізнятись від декларованої.**

У цьому випадку військовий, за словами респондентки, протягом двох тижнів майже не отримував медичні послуги, тож через медичного куратора було домовлено про переведення до іншого закладу.

За результатами анкетування, основними ініціаторами переведення з одного закладу проходження реабілітації до іншого зазвичай є самі рес-

понденти – 38%. У третині випадків (32%) це рішення ухвалюється за їхньої участі разом із представниками військових госпіталів. **Водночас 30% респондентів ініціювали переведення винятково за самостійним рішенням або рішенням їхніх близьких, а не офіційних органів та структур які мали б забезпечувати маршрутизацію реабілітації.**

Рисунок 15. Хто вирішував питання про потребу переведення з одного закладу, де отримували/планували отримувати послуги з реабілітації, до іншого закладу з метою реабілітації?

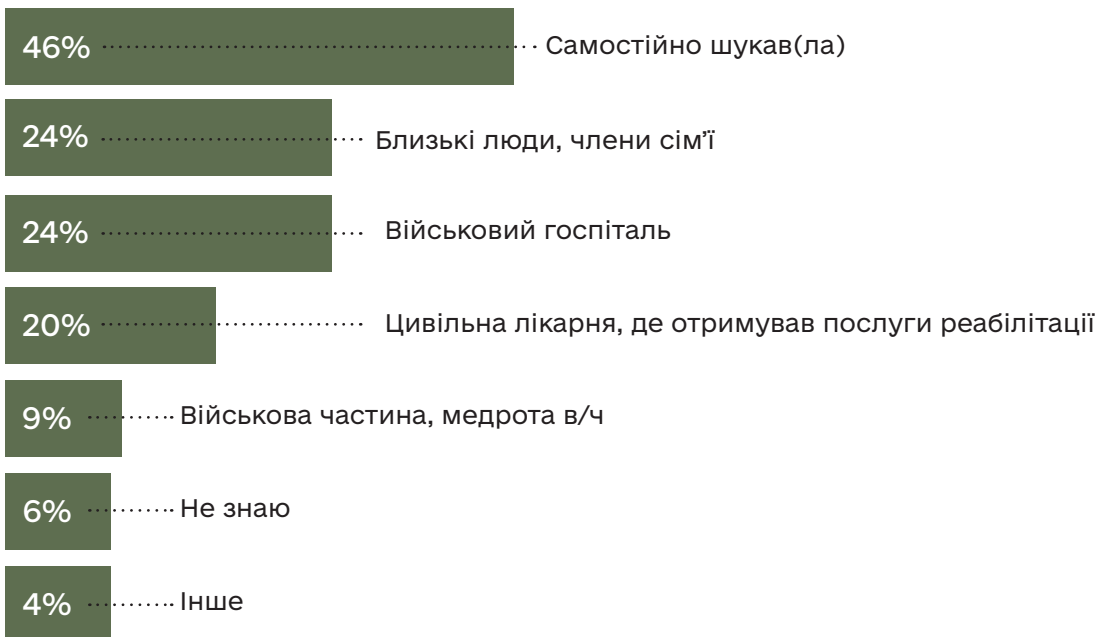


*N=157; вибір декількох варіантів

Пошуком закладу та організацією переведення між закладами з метою реабілітації займалися самі військові у 46% випадках або їхні близькі - 24%. Загалом більша частина респондентів (57%) зазначили, що були долучені до пошуку закладу та організації переведення самостійно. Тобто військові самостійно чи спільно з близькими,

або їхні близькі займалися цим питанням, зокрема із залученням інших суб'єктів (військових госпіталів та цивільних лікарень, військової частини). **Майже половина (47%) респондентів зазначили, що займалися пошуком та організацією переведення лише своїми силами (самостійно та/або близькі), без участі інших органів.**

Рисунок 16. Хто займався пошуком іншого закладу, організацією переведення в інший заклад з метою проходження реабілітації?



*N=157; вибір декількох варіантів

Дехто з респондентів-надавачів вважає, що лікарні не хочуть довго тримати у стаціонарі військового, бо на це місце можна покласти цивільну людину, з якої можна брати неформальні оплати готівкою:

Іще ж дуже сильно всім не подобається, що військові займають ліжка і ти не покладеш цивільного, який... з якого можна наліком щось взяти. От. Тому військових всіх намагаються якомога швидше спихнути в інший заклад. В інший заклад або випхнути десь, щоб вони не лежали, не займали «драгоценне» ліжечко. (КІ 19)

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ, ЗА ЯКИМИ ВІДБУВАЮТЬСЯ НАПРАВЛЕННЯ ТА ПЕРЕНАПРАВЛЕННЯ ВІЙСЬКОВИХ

Загалом результати опитування користувачів реабілітаційних послуг демонструють, що для пацієнтів-військових під час реабілітації не існує зрозумілої системи для направлення/перенаправлення до різних типів ЗОЗ.

Через які причини переводять пацієнта з одного закладу охорони здоров'я до іншого з досвіду респондентів:

1. Якщо не вистачає ліжко-місць у стаціонарі, зокрема в реабілітаційному відділенні;
2. Якщо пацієнт перебуває на стаціонарному лікуванні довше ніж в середньому перебувають пацієнти в цій лікарні, то можливі два варіанти подальшого розвитку подій:

– Пацієнта за документами переводять в інше відділення, але фактично залишають на лікуванні в поточному. Таку неформальну схему використовують, щоб отримати до-

даткові кошти за лікування пацієнта, оскільки що довше пацієнт перебуває на лікуванні, то більше ресурсів витрачає на це лікарня;

– Скеровують в інший ЗОЗ – це може бути інший військовий госпіталь або цивільна лікарня.

Ну, звідти його перевезли в Київ [державний заклад]... І вони сказали, що все, більше ми не можемо тримати по, як він називається в них, протоколу цьому медичному. Все, вже нельзя. Звідти нас назначили в госпіталь. **(Р17 Олена, травма кінцівок з ампутацією)**

3. Планове переведення маршрутом, в тому числі в специфічні вузькоспеціалізовані, багатопрофільні або в спеціалізовані реабілітаційні заклади.

Основні причини, через які військові або їхні близькі ухвалюють самостійне рішення про зміну закладу з метою реабілітації та займаються організацією переведення:

1. Недостатній обсяг або взагалі відсутність реабілітації в закладі, який мав би надавати ці послуги;

2. Закінчення доступних реабілітаційних циклів на рік відповідно до вимог та обмежень ПМГ призводить до потреби шукати додаткове фінансування для подальшої реабілітації – через благодійників або власним коштом;

3. Не готовністю медичного персоналу працювати з типом травми військового або з множинними ушкодженнями.

ОСНОВНІ СУБ'ЄКТИ, ЯКІ УХВАЛЮЮТЬ РІШЕННЯ ЩОДО НАПРАВЛЕННЯ ЧИ ПЕРЕВЕДЕННЯ В/С

За інформацією, отриманою під час інтерв'ювання респондентів, які були або є користувачами медичних і реабілітаційних послуг, нам вдалося виокремити суб'єкти, які розв'язують питання направлення чи переведення військовослужбовців.

Військова частина → ухвалює рішення про евакуацію з поля бою/ сортує/направляє до стабпунктів та в першочергові ЗОЗ.

*першочергові ЗОЗ – ті, куди поранених скеровують для стабілізації, сортування та подальшої евакуації (за потреби). Пацієнт може залишитися у такому ЗОЗ, якщо медики вважатимуть, що їхніх фахових і матеріальних ресурсів достатньо для лікування пацієнта.

Адміністрація лікарні (+лікуючий лікар) → офіційно або неофіційно домовляються з іншими ЗОЗ про перенаправлення пацієнта (особливо, коли пацієнт потребує спеціалізованої допомоги, яку не можуть надати у поточному закладі).

Лікуючий лікар (в тому числі лікар ФРМ) → може рекомендувати пацієнту, куди звернутися для додаткового консультування/проходження реабілітації/надавати контакти протезних підприємств або протезних центрів, видавати направлення на переведення пацієнта.

Медичні куратори – координують переведення між військовими та цивільними закладами охорони здоров'я, визначають потребу у переведенні та розв'язують питання організації переведення до інших закладів.

Резюме: маршрут військового після поранення хоча і визначається затвердженими маршрутами, проте часто залишається незрозумілим або незручним для самого військовослужбовця. Правовий статус військового накладає обмеження на можливість вибору надавача реабілітаційних послуг, а також обмежує в часі період, коли пацієнт може отримувати необхідну реабілітаційну допомогу. Важливим елементом реабілітаційного маршруту є проходження ВЛК, яке визначає необхідність у подальшому лікуванні чи реабілітації, а також визначає придатність до військової служби. Основними діючими особами, які визначають маршрут пораненого військового на практиці, є військова частина, адміністрація лікарні та лікуючий лікар.

3.2 Реабілітаційна допомога

Ну хоча би повернути, на 90% повернути свою здатність рухати своєю рукою так, як я рухав до того. Ну тобто реабілітація, повернути то, як воно було до того. Тобто відновлення фактично. (P5 Роман, травма кінцівок без ампутацій)

Загалом, опитані військові та їхні родини сприймають термін «реабілітація» як відновлення організму та повернення його до нормального стану, який передував травмі або захворюванню. Реабілітацію пов'язують здебільшого з фізичними властивостями організму – поверненням тілу можливості рухатися; рідко із психологічними – нормалізацією психічного стану.

У контексті медичних послуг, реабілітацію все ж сприймають як лікувальні процедури. Здебільшого реабілітацію порівнюють із лікувальною фізкультурою та іншими фізичними вправами. Крім того, називали такі процедури: масаж, електрофорез,

магнітотерапія, ударно-хвильова та лазерна терапії, вправи на розробку м'язів/суглобів, робота з фахівцем з реабілітації/фізичним терапевтом/терапевтом мови і мовлення/фахівцем з психічного здоров'я; рідше – міостимуляція, фонотерапія, профілактика контрактур і пролежнів, дієтологія.

Зі слів респондентів якісного етапу, які представляють заклади, де надаються реабілітаційні послуги, всю реабілітацію можна розділити на три основні періоди, і, залежно від періоду в якому перебуває пацієнт, він може отримувати різний обсяг реабілітаційних послуг.

Таблиця 3. Взаємозв'язок між періодами реабілітації та обсягом послуг за даними якісного етапу дослідження, опитування фахівців з реабілітації

Період реабілітації	Час	Обсяг реабілітаційних послуг
Гострий	до 1 місяця	реабілітація починається відразу після операції; профілактика ускладнень (перевертають пацієнта в ліжку); вертикалізація, допомагають сідати, звикання до фізичного навантаження
Підгострий	від 1 місяця до 1 року	навчання користуванню ДЗР для пересування; психологічна реабілітація; кінцева мета – навчити реабілітанта самостійно пересуватися з допомогою ДЗР чи без них

Період реабілітації	Час	Обсяг реабілітаційних послуг
Довготривалий	все життя	обсяг залежить від потреб пацієнта, наприклад, особи, які користуються кріслами колісними потребують реабілітаційної допомоги, коли в них виникають болі в плечах

Варто звернути увагу на те, що лише незначна частина опитаних респондентів, які отримували послуги, розуміють, що реабілітація повинна починатися якомога раніше, аби запобігати ускладненням стану пацієнта. Зокрема, фіксуємо низьку обізнаність щодо того, що реабілітаційна допомога протягом гострого реабілітаційного періоду надається одночасно з медичною допомогою та потребує профілактики ускладнень, пов'язаних зі знерухомленням (пролежні, пневмонії, контрактури суглобів, тромбози тощо). Зазвичай пацієнти думають, що під час гострого періоду ще зарано для реабілітації, її можна відкласти на потім. Ця думка виникає й тому, що переважна більшість респондентів сприймають реабілітацію як заняття фізичними вправами, тому, на їхній погляд, для лежачих реабілітація не повинна бути передбачена. На питання, чи надавали їм які-небудь реабілітаційні послуги під час гострого періоду, вони відповідають подібно:

А я повністю лежав тоді ще. Тобто сісти-встати ще такого не було.
(P21 Сергій, травма кінцівок з ампутацією, акубаротравма)

Надавачі послуг вже під час роботи з пацієнтом у післягострому пе-

ріоді зазначали відсутність або недостатність реабілітації під час гострого періоду у попередньому закладі через що надалі такі пацієнти мали ускладнення та суттєві обмеження в рухах. Через це виникали потенційно відворотні проблеми та ризики під час подальшого відновлення, зокрема при спробах вертикалізації пацієнта, а також такі пацієнти потребували додатково лікування пролежнів та контрактур, та інших станів під час реабілітації.

Так, таких випадків на жаль, в 23-му році було дуже багато. Це саме, я розумію, що це неправильно робили, але не в повному об'ємі надавалось. Це пацієнти, в яких дуже багато пролежнів, глибоких пролежнів. 3-4 ступень пролежнів. Це саме елементарне – повертати пацієнта, рухати пацієнта. І в нього не було б цих ускладнень. На жаль, таких пацієнтів багато. **(KI 14)**

Респонденти зазначали також про відсутність реабілітаційних послуг і в післягострому та довготривалому періодах реабілітації, як у військових госпіталях, так і в комунальних лікарнях.

В Ужгороді він лежав 1,5 місяці, нічого не робили, взагалі нічого

не робили! Просто лежав, і лікар з кимось там радився, думав що робити з цією п'яткою. З якими він там професорами радився, я не знаю. **(P-1, про комунальний заклад)**

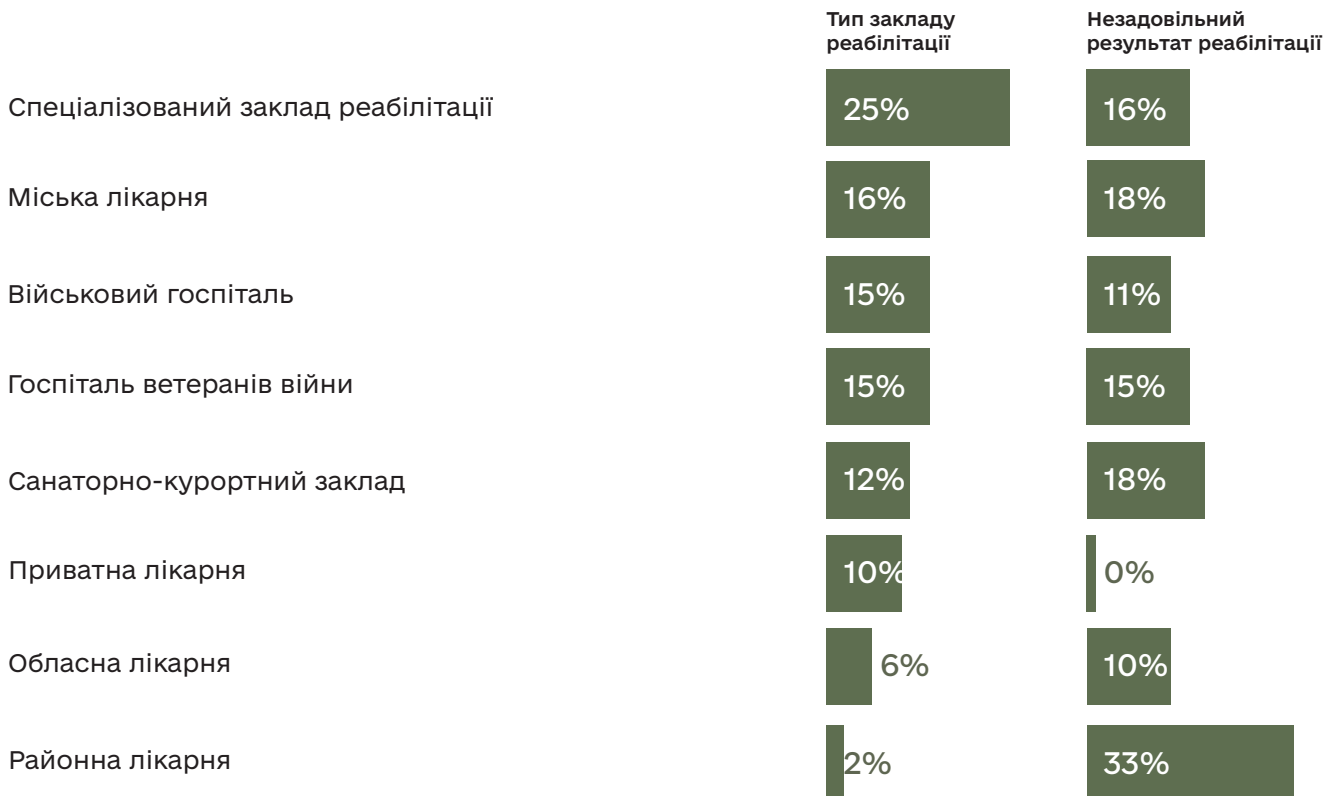
Я чому хотіла приймати участь в цьому опитуванні про реабілітацію? Бо хотіла сказати, що її в нас не було. 10 місяців лікування, нас не відправляли. **(P41, про 2 військові та 2 цивільні заклади)**

За результатами кількісного етапу, 157 респондентів зазначили про досвід реабілітації в 178 закладах. Четверта частина (25%) реабілітації

респондентів відбувалась в спеціалізованих реабілітаційних закладах. У військових госпіталях, госпіталях ветеранів війни та міських лікарнях майже вдвічі менше – (15%, 15%, 16% відповідно).

Найбільш незадовільна оцінка надання послуг реабілітації – у міських лікарнях та санаторно-курортних закладах. 18% респондентів, які отримували послуги реабілітації в цих типах закладів, оцінили результат надання послуг реабілітації як незадовільний (дуже незадовільний). Найкращі результати такої оцінки – у військових госпіталях, де всього 11% зазначили результат як незадовільний (дуже незадовільний).

Рисунок. 17. Розподіл по типу закладу, де респонденти отримували реабілітаційні послуги(%), та відсоток респондентів, які були незадоволені взаємодією та послугами фахівців з реабілітації в цьому типі закладу.



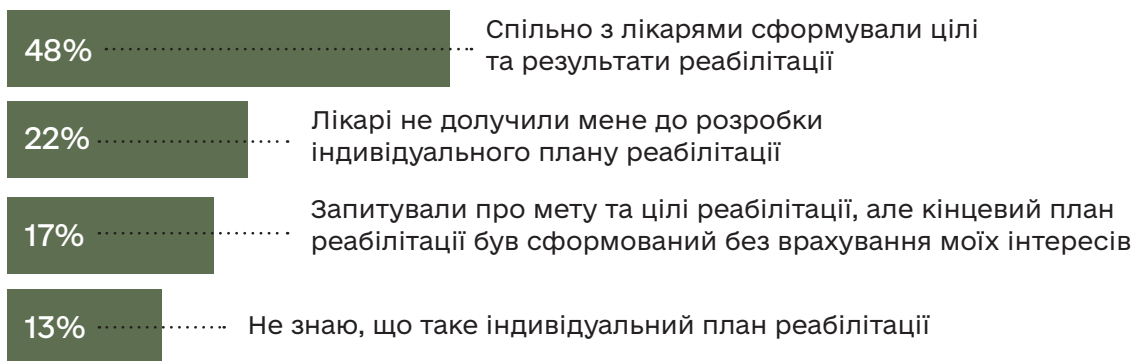
*N=178

В більшості закладів, де отримували послуги реабілітації респонденти кількісного етапу, їх долучали до обговорення та спільного формування індивідуального плану реабілітації (65%).

За даними якісного етапу, лише один респондент серед надавачів послуг зазначив, що ІРП є типовим – його формат і процедура формування здійснюється відповідно до вимог МОЗ. Зауважимо, що лише троє респондентів серед надавачів зазначили, що в ЗОЗ, де вони працюють, пацієнта ознайомлюють із його ІРП, відповідно він має погодитися з цим планом.

Є типовий затверджений план Міністерства охорони здоров'я, типовий план, індивідуальний план реабілітації. Поступає пацієнт, мультидисциплінарною командою проводиться його обстеження, фіксується в якому стані він поступає і тоді формують індивідуальний план. З цим планом ознайомлюється пацієнт, погоджується з цим планом і контролює цей план лікар фізичної терапії та реабілітаційної медицини. **(КІ 14)**

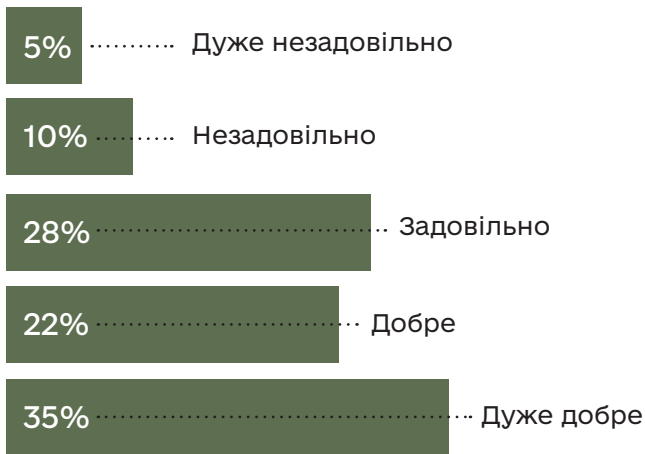
Рисунок. 18. Наскільки ви були долучені до формування вашого індивідуального плану реабілітації?



*N=178

Загалом, респонденти кількісного етапу в третині випадків (35%) дуже добре оцінили надання послуг з боку фахівців з реабілітації під час реабілітаційних сесій та 23% добре оцінили таку допомогу. В 15% випадків респонденти оцінили таку взаємодію незадовільно (дуже незадовільно).

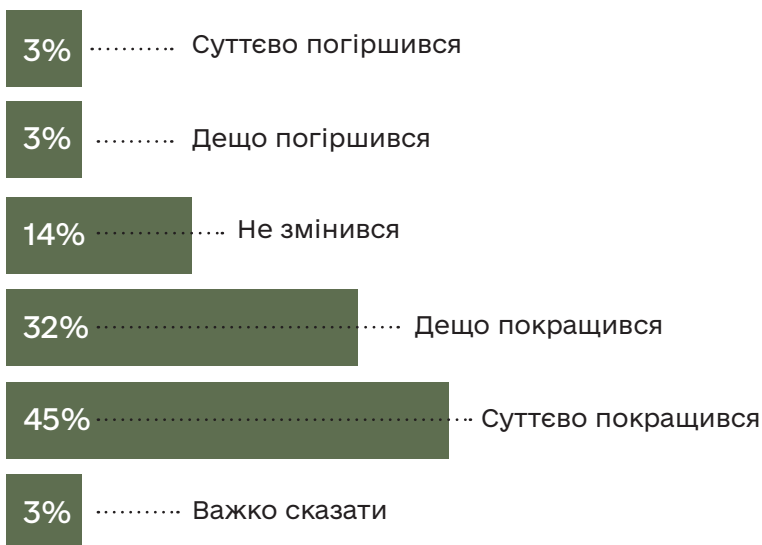
Рисунок. 19. Як би ви оцінили надання послуг медичної реабілітації в цьому закладі? (Робота з реабілітологом та асистентами безпосередньо під час проходження реабілітаційних процедур)



*N=178

Переважна більшість (77%) респондентів відзначила покращення (суттєве покращення) фізичного та функціонального стану після реабілітації в закладі охорони здоров'я.

Рисунок. 20. Як ви оцінюєте, наскільки ваш фізичний та функціональний стан покращився після реабілітації в даному закладі? (З урахуванням максимально можливого відновлення функцій при вашому типі травми).



*N=178

За даними якісного етапу дослідження, респонденти розповіли про схожі проблеми щодо отримання реабілітаційних послуг як у військових, так і в цивільних закладах охорони здоров'я.

Частина респондентів якісного етапу, які отримували послуги, повідомила про відсутність або недостатність реабілітаційних послуг у закладах.

В Сумах не було жодного, не реабілітолога, не масажу. Взагалі ніяких реабілітаційних /.../ І нас перевели в Опіковий, а там взагалі такого нема, бо це як опікове відділення. Ну, там ніякої реабілітації, нічого. **(P41 Марина, травма кінцівок без ампутацій, ЧМТ із ушкодженням органів чуття, акубаротравма, опіки про лікарню)**

Я кажу а є реабілітолог? Вони кажуть, ось там далі по коридору кабінет реабітолога. Зранку ідеш, займаєш чергу, сидиш там пів дня. І якщо твоя черга дійде до реабітолога, він з тобою позаймається. А так як чоловіку боляче було навіть сидіти, то для лежачого в палату ніхто не приходив. **(P41 Марина, травма кінцівок без ампутацій, ЧМТ із ушкодженням органів чуття, акубаротравма, опіки про військовий госпіталь)**

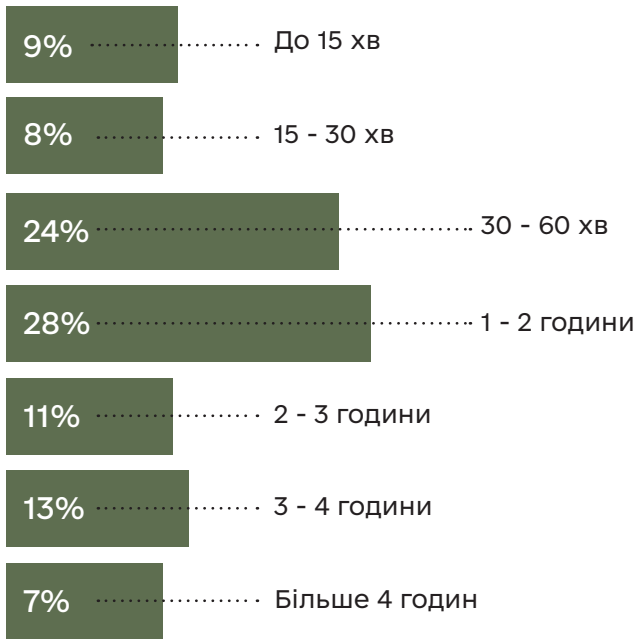
Частина опитаних надавачів реабілітаційних послуг вважають, що проблема передусім полягає у **відсутності стандартів надання реабілітаційної допомоги** на національному рівні. Різні фахівці з реабілітації користуються різними іноземними протоколами та шкалами для оцінки

стану пацієнта. Наявність стандартизації могла б покращити доступність реабілітаційних послуг для пацієнтів та уніфікувати підходи до надання реабілітації. Також через відсутність стандартів складно виміряти якість надання реабілітаційної допомоги. Це підтвердив респондент з числа експертів національного рівня.

Якщо є фахівці, він [заклад] показує і собі контратується. Вже яка якісна, неякісна, зараз на даний час не існує інструментів, які могли б виміряти якість реабілітації. Це не те, що хочемо зробити. (K1 - 30)

За даними кількісного етапу, в 69% закладах, де респонденти отримували реабілітацію, безпосередньо реабілітаційні сесії тривали до двох годин на день. Понад три години на день послуги надавались тільки у 20% закладів (високий обсяг реабілітації). Важливо зазначити, що **високий та середній обсяг реабілітаційних послуг переважає в спеціалізованих закладах реабілітації, приватних лікарнях та в санаторно-курортних закладах.**

Рисунок. 21. Приблизно скільки часу в день тривали реабілітаційні процедури в лікувальному закладі?



*N=178

Найнижчі показники обсягу реабілітації спостерігаються в комунальних закладах (обласні, міські та районні) та в госпіталях ветеранів війни. Респонденти, які мали досвід реабілітації в цих типах закладів, зазначили, що обсяг послуг в цих типах закладу не перевищує одну годину на день в 59% та 62% типах закладів відповідно.

Таблиця 4. Обсяг надання безпосередньо реабілітаційних послуг респондентам за добу в розрізі типу закладу (%)

	Всі заклади	Військовий госпіталь	Госпіталь ветеранів війни	Комунальні заклади	Приватна лікарня	Санаторно-курортний заклад	Спецзаклад реабілітації
>3 год	20%	19%	4%	20%	29%	23%	27%
2-3 год	11%	4%	8%	2%	12%	23%	20%
1-2 год	28%	37%	27%	20%	35%	32%	24%
30-60 хв	24%	22%	54%	15%	24%	18%	18%
до 30 хв	17%	19%	8%	44%	0%	5%	11%

*N=178

Брак часу на надання реабілітаційних послуг виникає, ймовірно, через недостатню кількість залученого персоналу. З розповідей респондентів, це характерно як для військових, так і для цивільних закладів. Через це у деяких респондентів-отримувачів якісного етапу був досвід, коли тривалість надання реабілітаційних послуг на день становила близько 15 хвилин у певний відведений час, коли фахівець перебував у відповідному відділенні. Якщо ж в цей момент часу пацієнт не міг за станом здоров'я виконувати реабілітаційні вправи, то протягом дня більше не мав змоги отримати реабілітаційну послугу.

Але фізичний терапевт, він був, в принципі, з відділення фізичної реабілітації, яке одне в госпіталі. Приходив він максимум на 15 хвилин на день до кожного з хворо-

го. Приходив він в певний проміжок часу. Скажемо так, з 10 до 11 ранку, наприклад. Якщо у хворого була температура, якісь маніпуляції, так, в цей час записані. Він себе погано почував, то він не займався, тому що не можна. Але в інший час він вже прийти не мав змоги. Тому що у нього було просто по кілька відділень. **(P22 Оксана, ЧМТ із ушкодженням органів чуття про військовий госпіталь)**

В Кропивницькому була фізкультура, але там, як би це сказати, все дуже печально і навіть зовсім... Відповідно приходила лікар з ЛФК, яка показувала вправи якісь що ми робили. Але знову ж таки, вона була сильно обмежена в часі, так як пацієнтів багато, а їх лише декілька людей, які цим займаються. Тобто в неї, грубо ка-

жучи по 15-20 хвилин на пацієнта. **(P2 Іван, травма кінцівок без ампутацій про лікарню)**

Про перевантаження системи охорони здоров'я через наплив пацієнтів, які постраждали від війни, зазначали й респонденти-надавачі реабілітаційних послуг. Так, через нестачу молодшого медичного персоналу, пацієнти не отримують належного догляду, а через нестачу фахівців з реабілітації їм невчасно роблять профілактику ускладнень. Що більше часу минає від отримання травми, то складніше повернути пораненого до нормального стану.

Близько третини респондентів-отримувачів послуг якісного етапу негативно оцінюють будь-яку комунікацію зі своїм лікуючим лікарем або іншими спеціалістами, які активно долучалися до лікування/реабілітації. Пацієнт подекуди взагалі не знає, які медичні втручання плануються і для чого їх роблять, окрім хірургічних операцій. Крім того, респонденти вказували на проблеми в комунікації зі своїм лікуючим лікарем: він не має часу на пацієнта, не знає алгоритму дій стосовно лікування, реабілітації, перенаправлення військових.

Тобто ніхто тобі нічого. Не кажуть що колять. Приходять... оце саме мене бентежило. Що ви йому колете? «Що надо». Не те, що не відчитуються перед пацієнтом, але вони не доводять до відома, що. Вони просто мовчки беруть його, забирають з палати, кудись... куди ви мене везете? «На рентген. Чого ти питаєш»? Просто я що, раб вам, чи що? Оце відношення звичайно дуже воно напружало. **(P41 Марин**

на, травма кінцівок без ампутацій, ЧМТ із ушкодженням органів чуття, акубаротравма, опіки про військовий госпіталь)

Частина респондентів якісного етапу зіткнулась також з відсутністю попереднього інформування щодо виписки або переведення. Деякі респонденти сказали, що виписка або переведення до іншого ЗОЗ були для них неочікуваною подією – про це їх повідомили за день до, не пояснивши причини переведення. Лікарі часто самі не могли пояснити пацієнтові, куди його переводять і чому, говорячи, що це наказ з госпіталю або «від керівництва». На думку респондентів, нерідко їх виписували передчасно з закладів. Це могло відбуватись через потребу вивільнити місця для нових поранених або через вичерпання доступної тривалості та/або кількості реабілітаційних циклів відповідно до вимог НСЗУ.

Також респонденти якісного етапу дослідження розповіли, що медичні працівники іноді не надають інформацію щодо подальшої реабілітації, просто виписують і дають рекомендацію на відпустку.

Ніхто не рекомендував цього, я не знав що можна якусь реабілітацію [про реабілітацію вдома, рекомендовані вправи, тренування]... там здається два документи, виписка і ВЛК. Ну от ВЛК так, воно написано, що потребує 30 днів відпустки. Ну, написав рапорт на військову частину, що згідно того, що в мене була операція, ось такі-то документи, прошу відпустку на 30 днів. Мені надали 30 днів відпустки. **(P29 Сергій, акубаротравма)**

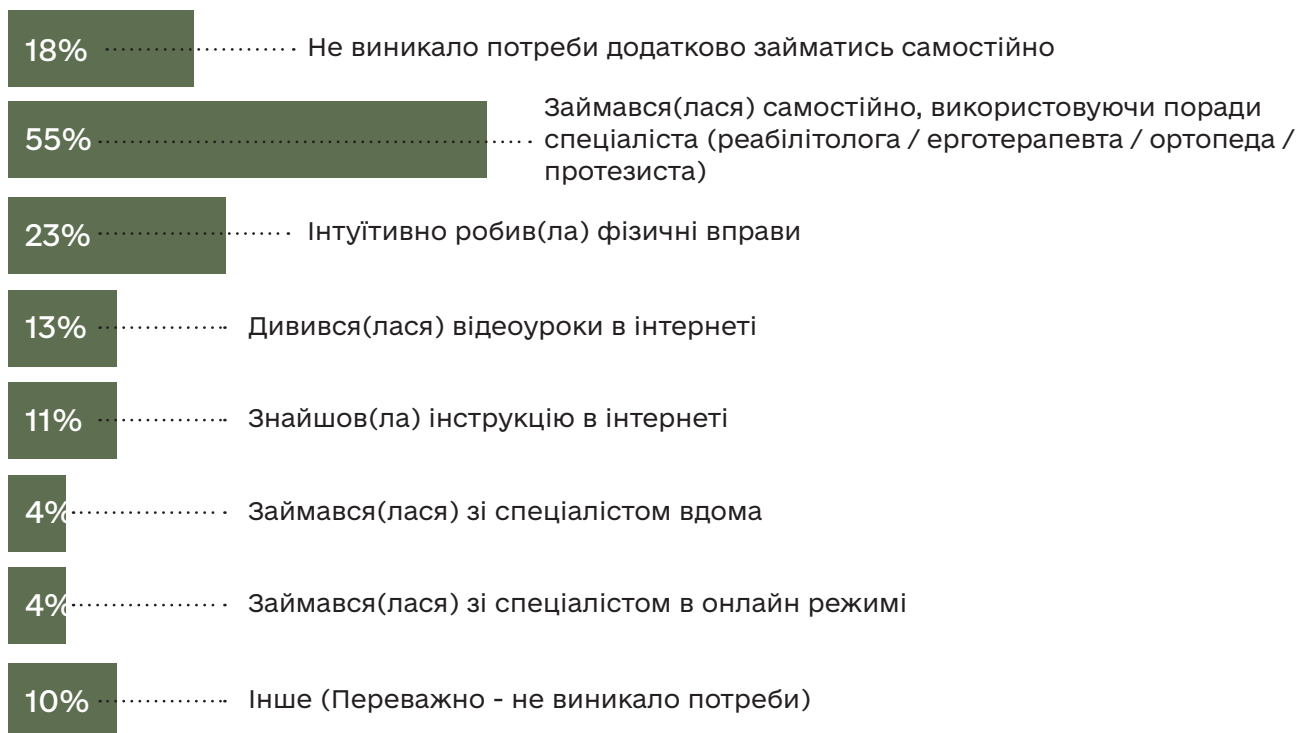
Надавачі послуг зазначили проблемою **відсутність зв'язку між стаціонарним і амбулаторним рівнем надання допомоги**, що може впливати на якість довготривалої реабілітації або взагалі на її відсутність. Крім того, на рівні сімейної медицини, зі слів респондентів, фактично не надають послуг психологічної підтримки, тому після виписки з лікарні військовий залишається сам на сам зі своїми проблемами або йому доводиться шукати приватних спеціалістів.

Лише в одному закладі охорони здоров'я, який потрапив до вибірки дослідження, є телемедицина – ре-

абілітаційні онлайн-заняття із фахівцем. Цей респондент вважає такий підхід ефективним, але таким, що рідко використовується.

Проте, переважна більшість опитаних кількісного етапу повідомили, що виконували фізичні вправи самостійно для поліпшення функціонального стану. 129 респондентів (82%) зазначили, що виконували фізичні вправи самостійно вдома. Основним джерелом інформації та навчання для виконання вправ стали поради спеціалістів (лікарів, з якими попередньо взаємодіяли під час реабілітації) – 86 осіб (55%).

Рисунок. 23. Якщо виникала потреба додатково проводити вправи самостійно для поліпшення свого фізичного стану, звідки ви дізналися необхідну інформацію?



*N=154; вибір декількох варіантів

Серед військових після поранення доволі поширена практика залучення приватних фахівців з реабілітації. Більше третини респондентів кількісного етапу (55 опитаних, що становить 35%) зазначили, що шукали та мали досвід роботи з персональними приватними фахівцями з реабілітації.

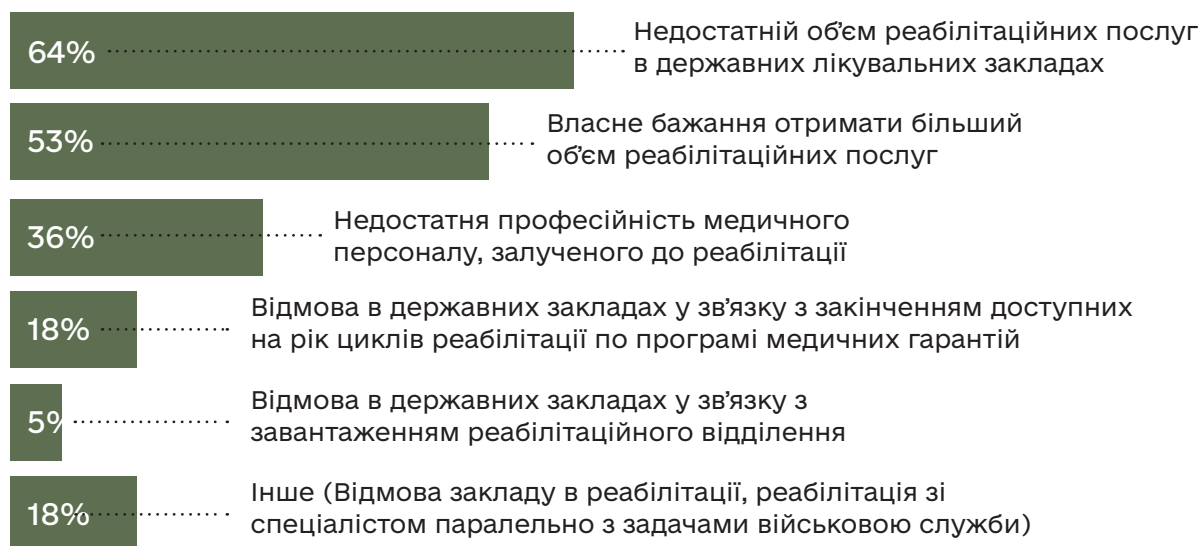
Принаймні чверть респондентів самостійно знайшли приватних спеціалістів (імовірно, які надають індивідуальні послуги), з якими займалися у тренажерному залі та вдома. Серед них фізичні терапевти, масажисти, психолог. У цьому випадку основною перешкодою є ціна.

Там для воєнних скидки 50% получается. Короче скидочка у них. Я 12 занять купил у них, и сей-

час вот езжу: вторник, четверг и суббота езжу, занимаюсь и жду решения ВЛК. **(Р10 Владислав, травма кінцівок без ампутацій про приватний заклад)**

Основною причиною, чому пацієнти займалися пошуком та наймали приватних фахівців, респонденти зазначили недостатній об'єм реабілітаційних послуг, який отримували (64%) та власне бажання отримати більше реабілітаційних послуг (53%). Всього 9 з 55 респондентів зазначили єдиною причиною власне бажання отримати більший обсяг реабілітаційних послуг, без зазначення інших причин, пов'язаних з проблемами та бар'єрами отримання послуг реабілітації в закладах.

Рисунок. 24. Зазначте причину, чому виникла потреба шукати/наймати додатково персональних приватних фахівців з реабілітації?



*N=154; вибір декількох варіантів

Приватні клініки та спеціалізовані реабілітаційні центри (за типом власності благодійні організації/фонди або громадські організації), на

думку військових-респондентів якісного етапу, надають послуги більш якісно. Згідно з відповідями респондентів, можна зробити висновок, що

ці ребцентри найкраще відповідають потребам поранених. Якість послуг оцінюють вище, а скарг на сервіс – значно менше.

У приватні заклади поранені потрапляють вже після того, як пройдуть основні етапи лікування у військових і цивільних закладах, – на довготривалому етапі реабілітації. Існує проблема з інформуванням військових про їхні можливості та право реабілітуватися у цих центрах. За словами респондентів, ані військова частина, ані медичні заклади не інформували їх про приватні спеціалізовані реабілітаційні центри і як туди потрапити. Сюди звертаються здебільшого самостійно, тобто без направлення:

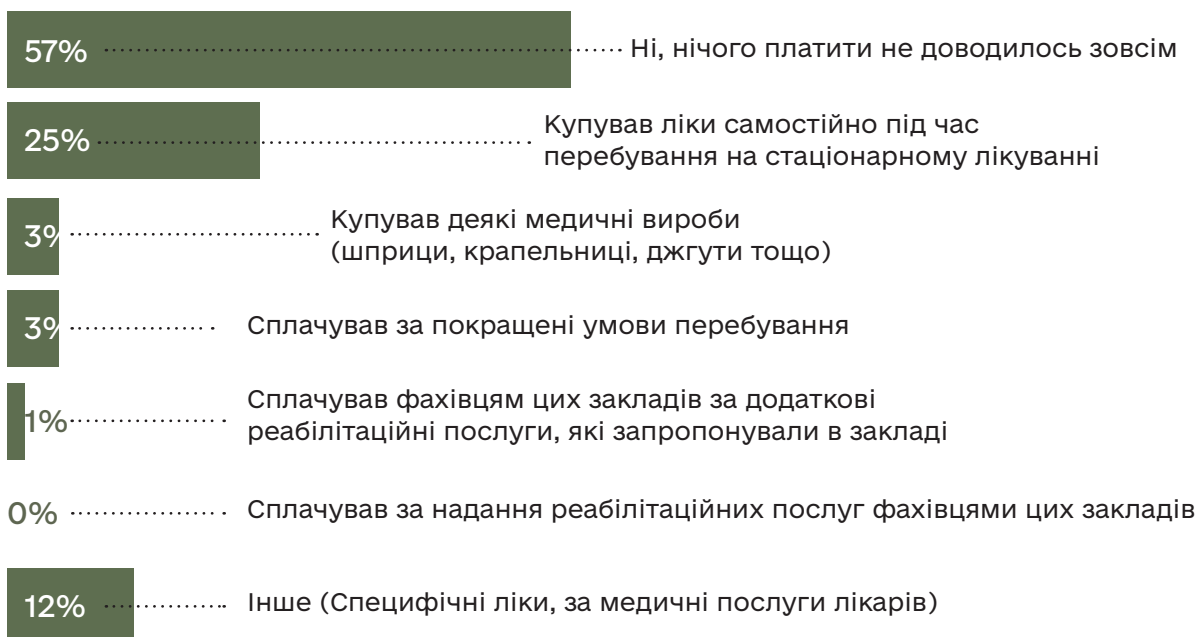
- коли не можуть отримати відповідні послуги у військових і державних/комунальних ЗОЗ;
- під час відпустки за станом здоров'я;
- коли звільнилися з військової

служби і не обмежені регламентом в/ч щодо стаціонарного лікування.

Крім того, такі реабілітаційні заклади здебільшого орієнтовані на роботу з травмами верхніх і нижніх кінцівок з ампутаціями чи без. Подібних можливостей для реабілітації ЧМТ, спінальних, складних хребетних, черевної травм значно менше або вони дороговартісні.

Розглядаючи аспект власних витрат під час реабілітації, можна спостерігати, що тільки незначна частина учасників кількісного етапу була змушена витратити власні кошти. Більша частина респондентів взагалі не витратила кошти під час реабілітації (57%). 25% зазначили, що купували ліки під час перебування в стаціонарі. Жоден з респондентів не зазначив, що сплачував безпосередньо за надані реабілітаційні послуги, перебуваючи в закладі охорони здоров'я, окрім як отримуючи послуги в приватних лікарнях.

Чи доводилось вам витратити власні кошти на покриття своїх потреб у реабілітації під час перебування у державних закладах охорони здоров'я? (У військових або цивільних лікарнях)



*N=154; вибір декількох варіантів

Одна з респонденток розповіла про купівлю супутнього обладнання, яке допомогло уникнути пролежнів за власні кошти.

Ми приїхали, у нас свій протипролежневий матрац. Тому (посмінулась) профілактика пролежнів це наш власний протипролежневий матрац. **(P39)**

До санаторно-курортних закладів респонденти ставляться доволі скептично, мовляв, це радше про відпочинок, аніж лікування та реабілітацію. При тому, що за даними НСЗУ, цей тип закладів за останні два роки звітує про найбільшу кількість наданих послуг. Тут надають стандартний набір процедур, не враховуючи нагальні потреби пацієнта. При чому, було сказано, що процедури для себе потрібно «вибивати», тобто випрошувати:

Але скажу вам так, що я ці всі для себе процедури вибивав...просто лобом. Тому що там поки не попросиш, не дадуть. Ну, тобто я ходив, капав на мозги, казав: будь ласка, подивіться, от в мене така серйозна травма, щось призначте, що ж я тут лежу...і так далі. **(P24 Матвій, ЧМТ без ушкодження органів чуття)**

ДОСВІД ПОРАНЕНИХ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ У ВАЖКОМУ СТАНІ

А тут до них не ставляться як до людей. Якщо людина не контактує, значить її немає, ось таке ставлення. **(P39 Тетяна, травма кінцівок без ампутацій, акуба-**

ротравма, черевної порожнини про лікарню)

Варто розглянути перешкоди у системі медичної допомоги та реабілітації, з якими зіштовхуються військовослужбовці у важкому стані. Це загалом стосується військових і цивільних (державних/комунальних) ЗОЗ.

Неодноразово респонденти висловлювали думку про те, що надавачі послуг намагаються перевести важкохворого до інших (часто неспеціалізованих) лікарень. Іноді перенаправляють у маленькі міста в районах, де отримати спеціалізовану допомогу ще складніше.

Відсутній маршрут пацієнта відповідно до типу травми. Є певні напрацювання серед спеціалізованих закладів щодо маршруту реабілітації при ЧМТ та спінальних травмах, однак про цей маршрут знають лише спеціалісти у цій галузі, а не всі структури, залучені до процесу лікування та реабілітації – це унеможлиблює вчасне та правильне медичне втручання для пацієнтів зі складними травмами.

... вони стали намагатися через начмеда цивільної лікарні його перевести далі, в інші міста. Інші міста – це районні центри Львівської області, з районними лікарнями, де... Типу, в районні центри, Жовква, в села, розумієте, де людина просто би померла... Я була на прийомі в начальника шпиталю... він мені казав: «Ви знаєте, – прямим текстом, – ми не знаємо, що робити з черепно-мозковими травмами. У нас є алгоритми для ампутантів», – я вибачаюся, що я так говорю. – «Для спінальних травм. Ми не маємо алгоритмів для черепно-мозкової травми.

Що я вам можу сказати?» Я кажу: «А далі що?» – «Ми вас переведемо в Ужгород». – «А звідти?» – «В Мукачево». – «А звідти?» – «Не знаю». Кажу: «А звідти в Жовкву, в Рудки. А звідти?» Він мовчить. /.../ Я стільки таких бачила військових, яких просто безцільно переводили з одного медзакладу в інший, бо треба перевести. **(P22 Оксана, ЧМТ із ушкодженням органів чуття)**

Респонденти серед експертів і надавачів послуг часто зазначали про нестачу реабілітаційних закладів для пацієнтів з важкими травмами, нерідко надаючи вичерпний перелік таких установ. Також декілька респондентів серед надавачів акцентували на тому, що при певних особливо тяжких, нейрохірургічних травмах реабілітаційну допомогу надають лише в приватних закладах.

Пацієнти та їхні родини відчувають, що ніхто не хоче займатися важкопораненими. По-перше, вони потребують складного професійного медичного втручання, а ризики – занадто великі. На їхню думку, брак кадрів і низький рівень професіоналізму медиків призводить до того, що важкі пацієнти не можуть отримати необхідну допомогу. Лікарні намагаються діяти за принципом «не нашкодити ще більше», але подекуди це призводить лише до погіршення стану здоров'я. Надавачі послуг, які взяли участь в опитуванні, також визнали, що медики можуть намагатися уникнути відповідальності за важких пацієнтів, тому перескеровують їх в інші заклади.

Не понимал [як відбуватиметься реабілітація]... в Києве: консили-

ум, стоит сосудистый хирург и травматолог. Стоят и спрашивает травматолог у сосудистого: «Будешь им заниматься?» Он там что-то так покрутил, мол нет. «А ты будешь заниматься?» «Та и я не буду». Ну и все, и меня во Львов отправили. (P10 Владислав, травма кінцівок без ампутацій про військовий госпіталь)

Тобто ми маємо таких пацієнтів. І ми починаємо ним рухати, частіше перевертати, працювати на розтір, вертикалізувати. І досить часто це як осад в чайнику. Тобто осад в чайнику є, але ми його не бачимо. А коли ви почали пацієнтом інтенсивніше рухати і тоді почалося. /.../ Тобто і починається ось таке супутнє лікування пацієнта. Ну, такого пацієнта досить часто державні заклади бояться. Бо знають, що тільки почни його рухати і зараз піде все що треба і не треба. **(КІ - 8)**

Найчастіше виникає **проблема отримати реабілітацію** під час лікування для пацієнтів у важкому стані, а саме позиціонування пацієнта для профілактики ускладнень від знерухомлення (пролежнів, пневмоній, контрактур суглобів, тромбозів тощо). Пацієнтів у важкому стані часто взагалі залишають лежати нерухомо в одному положенні – не вертикалізують, не повертають, не проводять пасивну гімнастику. Також рідні пацієнтів, які перебували у важкому стані, розповіли що окрім відсутності медичної допомоги, так само були проблеми із доглядом за пораненими. Таких пацієнтів можуть поміщати у відділення паліативної допомоги, хоча передовсім вони потребують послуг довго-

тривалого догляду.

З досвіду респондентів серед отримувачів послуг та надавачів послуг можливо стверджувати, що приватні реабілітаційні заклади частіше готові працювати з пацієнтами у важкому стані. Приватні заклади прагнуть забезпечити навіть мінімальний шанс на покращення, враховуючи бажання та фінансові спроможності родин.

Респонденти також ділилися досвідом складної комунікації із медичним персоналом під час перебування у закладах охорони здоров'я. Складнощі у спілкуванні виникали як у пацієнтів, так і в їхніх рідних:

Тобто от його забрали на перев'язку, заходить людина, яку він перший раз бачить, повертається йому і каже... Ну я вам так, цитую: «Слушай, я смотрел рентген твой, ходишь ты не будешь». **(P41 Марина, травма кінцівок без ампутацій, ЧМТ із ушкодженням органів чуття, акубаротравма, опіки про лікарню)**

Ходила [я] до заввідділення реабілітації. Вона так зайшла, подивилася на нього і мовчки вийшла. З таким скорбним поглядом на мене, що типу: «Ой, бідненька. Яка у вас тяжка ситуація», – і вийшла. **(P22 Оксана, ЧМТ із ушкодженням органів чуття про лікарню)**

Зміна юридичного статусу важкопораненого є бар'єром в отриманні медичної та реабілітаційної допомоги. Пацієнти, які перебувають у важкому стані протягом тривалого часу після чергового проходження ВЛК визнаються непридатними, а відтак повинні бути виключені з частини. Проте якщо такий пацієнт перебуває

без свідомості, то не може виконати необхідні бюрократичні кроки і його юридичний статус залишається невизначеним.

А через 4 місяці було ВЛК, де було написано, що він непридатний до військової служби, що та травма отримана із захистом Батьківщини у зв'язку. Бо я це вибила просто. І це ж рекомендація уже до звільнення. Але людина без свідомості. Людина рапорт написати не може. І є закон, по якому людина, поки лікується, не може бути звільнення і отримує повне грошове забезпечення, яке вона отримала під час отримання бойової травми – це просто /.../ Кого має цікавити, яке грошове забезпечення він отримує і чому він досі не звільнений. Ці питання мені задавалася купу тисячі разів. І госпіталь сказав, що це привід не приймати його у госпіталь, що він уже цивільний. /.../ На той момент виплат він ніяких не отримував. Тобто його частина просто, як потім виявилось, випхала зі списків частини геть... **(P22 Оксана, ЧМТ із ушкодженням органів чуття) (P22 Оксана, ЧМТ із ушкодженням органів чуття про військовий госпіталь)**

Військова частина активно не задіяна у справі пораненого військового протягом періоду лікування. Вона практично не бере участі в інформуванні військового про можливості у реабілітації та його права щодо безоплатних медичних послуг у різних типах ЗОЗ; не інформує про нюанси, пов'язані із лікуванням та реабілітацією (де можна отримати відповідні медичні та реабілітаційні

послуги, як отримати направлення, пройти МСЕК). В/ч часто не інформує щодо питань, пов'язаних зі статусом військового під час його перебування у відпустці для лікування, серед чого розслідування про обставини травми (форма 5), можливість отримати відповідні виплати, своєчасне інформування про подачу військового в СЗЧ. Респонденти зазначають, що часом військова частина взагалі не виходить на контакт, що сильно перешкоджає отриманню якісних послуг. Ба більше, зафіксовано випадки, коли в/ч «загубила» військового або його дані, його викреслили зі списку частини і без попередження перевели в іншу військову частину або подали в СЗЧ.

Взагалі, щоб потрапити на реабілітацію військовому, потрібно було направлення з військової частини теж, на реабілітацію. Ну, просто ми не стали цього робити, бо туди треба було їхати. Я думаю, що ми б навіть не отримали, якби туди поїхали. Вони не дуже видають направлення ні до лікарів, ні на реабілітацію. Це прямо...прямо треба там, я не знаю, місяць просидіти в частині, щоб тобі щось там хтось виписав, підписав і відправили. Вони тільки погіршували становище психологічне, моральне і моє і його, звісно, теж. **(Р1 Оксана, травма кінцівок без ампутацій)**

Резюме: отримувачі реабілітаційної допомоги недостатньо поінформовані щодо своїх прав на отримання реабілітаційної допомоги. Зі слів респондентів, маршрут переведення між надавачами реабілітаційних послуг часто залишається для них незрозумілим та не враховує їхні потреби. Рідні пацієнтів, які перебувають у важкому стані, розповідають про складнощі з отриманням необхідного обсягу як медичної допомоги, так і реабілітації, а також недостатній догляд за пацієнтами та складнощі у комунікаціях із медичними фахівцями, а подекуди і байдуже ставлення.

Надавачі реабілітаційної допомоги зазначають про недостатню кількість надавачів послуг і водночас про недостатню кількість і підготовку фахівців. Також респонденти наголошують на труднощах при переході пацієнта зі стаціонарного етапу надання допомоги на амбулаторний, коли пацієнт не отримує допомогу після виписки зі стаціонару. Зі слів респондентів, організація надання реабілітаційних послуг не є достатньо уніфікованою і тому відрізняється між закладами.

3.3 Мультидисциплінарні реабілітаційні команди та кадрове забезпечення реабілітації

Зазвичай до мультидисциплінарних реабілітаційних команд (МДРК) входять лікар фізичної та реабілітаційної медицини, фізичний терапевт, ерготерапевт, асистенти фізичного та ерготерапевта, психолог, логопед, або терапевт мови та мовлення, соціальний працівник. Склад команди може змінюватися залежно від спеціалізації закладу. Так, у ЗОЗ, який спеціалізується на психологічній реабілітації, до МДРК можуть залучати психіатра; у протезних центрах ще долучають протезиста, який може бути працівником центру або приходити із протезного підприємства; а в неврології (при важких травмах) долучають лікаря-невролога, деколи анестезіолога, медичних сестер/санітарів під час догляду.

Зі слів споживачів послуг, найчастіше до лікування та відновлення пацієнтів залучали хірургів, нейрохірургів, фахівців з реабілітації, травматологів та ортопедів-травматологів, урологів.

У деяких закладах команда стала: кожен фахівець (який входить до МДРК згідно з нормативними актами) повинен поспілкуватися та продіагностувати реабілітанта. Інша ситуація, коли лікуючий лікар визначає потребу до залучення конкретних спеціалістів: виконання ІРП контролює або лікуючий лікар, або лікар ФРМ. Якщо це психологічна реабілітація – і лікуючий лікар, і психолог є провідними фахівцями, які контролюють досягнення реабілітаційних цілей.

З досвіду опитаних надавачів, коли пацієнт опиняється у ЗОЗ, кожен фахівець **робить обстеження поточного стану здоров'я** відповідно до свого фаху. Ними визначається нозологія (проблема), після чого стають зрозумілими потреби реабілітанта. Кожен член мультидисциплінарної команди ставить власну кінцеву мету. З висновків різних спеціалістів формується індивідуальний реабілітаційний план. Виконання певної мети загалом можна прогнозувати на два тижні вперед. Якщо за цей період результату немає, ІРП переглядають. Протягом реабілітації колеги з МДРК можуть радіти між собою щодо випадку.

Дві третини респондентів розповіли про мультидисциплінарний підхід під час надання їм реабілітаційної допомоги. З їхнього досвіду, такий підхід полягав у координації між медичними працівниками, після чого пацієнт отримував необхідний набір послуг.

Однак кілька респондентів зауважили, що в певних закладах лікарі не взаємодіяли, фіксуючи, що на практиці мультидисциплінарної команди не існувало.

Він мене вів. Він там щось лікар-травматолог щось вищої категорії. Щось таке. То в основному мене вів він. І про стан здоров'я я в основному спілкувався тільки з ним. Він вже мені на виписці шви знімав, в основному да. **(P11 Семен, травма кінцівок без ампутацій)**

Один з надавачів послуг наголосив на існуванні інтердисциплінарної команди, тобто такої, де кожен з лікарів може стати лікуючим лікарем пацієнта.

В нас це є не мультидисциплінарна, не трансдисциплінарна команда, а інтердисциплінарна. Мультидисциплінарна – це абсолютно все вирішує лікуючий лікар. І жоден учасник тої команди не може взяти на себе...себе як...не може стати головним в тій команді. Виключно лікуючий лікар. В Інтердисциплінарній команді кожен учасник в той чи інший період може бути головним. Може бути головний ерготерапевт, якщо є потреба збільшити силу верхньої кінцівки, для того щоб людина могла поїсти. /.../ Тобто ми спілкуємося між собою, в нас немає такого, що хтось головніший. Але це м-м...я описую саме зараз оцю команду, яка в нас є по пацієнтах з ураженням спинного мозку. **(КІ 1)**

Надавачі послуг також наголошують на нестачі спеціалістів у ЗОЗ: бракує фізичних терапевтів, психологів, терапевтів мови та мовлення, ерготерапевтів й молодшого медичного персоналу. Іноді, щоб компенсувати нестачу фахівців заклади запрошують спеціалістів у ролі консультантів. Дехто виходить із ситуації із нестачею персоналу шляхом залучення студентів відповідних спеціальностей, яких із третього курсу навчання у виші вже можуть оформити як асистентів фізичного терапевта.

Ну, фізичних терапевтів, бо їх треба 1 на 5 пацієнтів, по хорошо-

му рахунку, на 5–7 людей. Він не може вести 10–15 людей. Ну, тобто, їх в штаті має бути, на 20 людей відділення, мінімум 3–4 людини. Тому просто це така дуже, ну, робота високоспеціалізована і от 1 фахівець не може вести багато людей. Тому їх треба багато-багато-багато. **(КІ 24)**

Дефіцит фахівців з реабілітації також виникає через раптове і стрімке зростання потреби у реабілітаційних послугах і відносно нову для країни сферу реабілітаційної допомоги. Оскільки система перебуває у стані трансформації і потребує нових фахівців, яких раніше не було на ринку праці, виникає дефіцит кадрів. За інформацією одного з опитаних експертів, лише в 17 з 300 лікарень до надання реабілітаційної допомоги залучаються соціальні працівники.

Один з надавачів вказав, що у ЗОЗ, де він працює, не відчуває браку кадрів, адже заклав потребу минулого року шляхом перенавчання лікарів-неврологів на лікарів ФРМ. Однак водночас він визнає, що на ринку кадрів відчувається нестача персоналу у сфері реабілітації.

Також один з експертів зауважив, що на нестачу кадрів впливає і ситуація із мобілізацією. Існує проблема, що фахівців з реабілітації можуть мобілізувати до Сил Оборони. Іноді їх вдається влаштувати на службу за спеціальністю, але це потребує додаткового часу.

Надавачі послуг також виокремлюють низьку якість підготовки фахівців. На погану якість підготовки та навчання молодих спеціалістів вказали дві третини респондентів. Дехто з респондентів вважає, що проблема

низької якості підготовки фахівців виникає через відсутність стандартизації освітніх і професійних стандартів для фахівців з реабілітації та недостатню кількість викладачів. Існують випадки, коли самі лікувальні заклади виконували освітню функцію та «доучували» студентів на практиці безпосередньо в закладах. Про це сказали двоє респондентів.

Для розв'язання проблеми з якістю кадрів, окрім постійного розвитку та професійного навчання з залученням іноземних фахівців, один з надавачів пропонує залучати до навчального процесу фахівців, які провадять практику. Також експерти вбачають корисним залучати українських фахівців до навчань за кордоном. Дехто з респондентів розповів про власний досвід скерування фахівців на навчання за кордоном та про направлення фахівців до інших ЗОЗ для перейняття досвіду.

Дозвіл викладати практикуючим фахівцям, і заборона викладати старим кадрам, які вчилися за підручниками ще совка. Оце на рахунок раз руки в сторони, на рахунок 2 підняли, вдих... це забудьте. **(КІ 1)**

Окремо треба звернути увагу на ситуацію з недостатньою кількістю терапевтів мови та мовлення. Як зазначає один з респондентів, цей фах в Україні немає відповідної навчальної програми, що стає перешкодою до розвитку таких фахівців. До 2026 року відповідно до чинної нормативної бази на посадах терапевтів мови і мовлення можуть працювати логопеди, однак після 2026 року необхідним буде ступінь магістра за спеціальністю, розповів один з експертів.

Один з експертів підкреслив проблему з функціонуванням мультидисциплінарних команд через те, що загалом туди входять фізичні терапевти та/або ерготерапевти, і немає спеціалістів для роботи зі слухом. Тому важливо, щоб представники МДРК мали хоча б базові знання щодо реабілітації слуху та мовлення, оскільки багато поранених військових мають проблеми зі слухом.

Їх навчають, як навчити протезом користуватися, як сідати, вставати, лягати, їсти, ходити, плавати. Але їх не вчать слуху. Коли ми приїжджаємо в якийсь реабілітаційний центр, і вони нам розказують: от дивіться, в нас 30 пацієнтів на реабілітації. Дивіться, дивіться. І всі показують: той ходить на біговій дорожці, той на підвісі висить, той ще щось. Я кажу добре, а скільки з них з порушенням слуху? Вони такі: «Ну-у, ми не знаємо». /.../ Кажу ну а ви чуєте... «Ну вообщє-то да, оце 3–4 точно пацієнта, вони в мене постійно перепитують». **(КІ 29)**

Із досвіду опитаних респондентів, ситуація з наявністю соціальних працівників в ЗОЗ є поганою, порівняно з іншими спеціальностями. Лише двоє з опитаних респондентів-споживачів згадали про спеціалістів, які виконували роботу соціального працівника – це були «військові куратори». Вони інформували пацієнтів про різні заходи і можливості, а також допомагали із переведенням між закладами.

Один з надавачів назвав посаду «військового куратора» не ефективною, бо такі фахівці не володіють усією інформацією про пацієнта та не володіють достатніми знаннями

щодо алгоритмів дій у ситуаціях, які виникають.

На відміну від споживачів, декілька надавачів згадали про роботу соціального працівника у їхньому лікувальному закладі. Найчастіше такий працівник допомагає у супроводі пацієнта, роботі з документами, контактами з представниками соціального фонду, служби зайнятості, правової допомоги, юридичної консультації, чи забезпеченням необхідних речей, наприклад ДЗР. Також соціальний працівник контактує з громадами, куди пацієнт повертатиметься після закінчення лікування та реабілітації в стаціонарі.

Один з надавачів послуг згадав про новий напрямок – залучення кейс-менеджерів до надання реабілітаційної допомоги пацієнтам, основною функцією яких є допомагати пацієнту краще орієнтуватися в закладі, особливо якщо це стосується пацієнтів з когнітивними розладами та розладами пам'яті, уникання, небажання.

Один з респондентів зауважив, що у випадках з ампутаціями кінцівок, він як травматолог-ортопед веде своїх пацієнтів, а не соціальний працівник. Він ділиться необхідними контактами і розповідає про можливості у протезуванні.

Резюме: мультидисциплінарні реабілітаційні команди, зі слів респондентів-надавачів, формуються залежно від наявних фахівців і потреб пацієнта. Коли ж пацієнт потребує додаткової консультації, надавач може залучати для цього фахівців в окремому порядку.

І отримувачі, і надавачі говорять про недостатню кількість персоналу, залученого до надання реабілітаційних послуг. При чому надавачі та експерти додатково наголошують на тому, що крім нестачі персоналу, є потреба у підготовці і додатковому навчанню тих, хто вже працює. Надавачі реабілітаційних послуг вважають, що персоналу недостатньо через те, що реабілітація є порівняно новою сферою і нових фахівців не встигають навчати у достатній кількості, а декого із тих фахівців, які працювали у закладах, мобілізували до лав Сил оборони України.

Це така нормальна практика була, коли ми лежимо в палаті, чуємо «бах» – хтось впав в коридорі... Пацани, в кого ноги є, підіть, його підніміть. (P11 Семен, травма кінцівок без ампутацій)

Загальний обсяг даних показує, що більшість (90%) військових з досвідом реабілітації у цивільних медичних закладах підтверджує їхню доступність, водночас трохи менше респондентів (85%) відзначили безбар'єрність госпіталів ветеранів війни і ще трохи менше (78%) з досвідом реабілітації у військових закладах охорони здоров'я повідомили про інклюзивність таких закладів.

Основна скарга щодо неінклюзивності закладів – відсутність або несправність ліфтів, що значно ускладнювало або обмежувало пересування пацієнтів, особливо тих, хто користувався кріслами колісними чи був немобільним.

Сама реабілітаційна зала на 5 поверсі, ліфт їздить до 4. (P62 Юлія, дружина військового, черепно-мозкова травма із ушкодженням органів чуття)

Пересування всередині відділень також становило проблему зі слів

респондентів. Палати військових, часто були не на першому поверсі.

7 поверх, ну то таке, завезли звісно ж на ліфті. (P1 Оксана, травма кінцівок без ампутації)

Не менш важливою проблемою називали неінклюзивні санвузли, які часто були небезпечними для пацієнтів, оскільки у них не було поручнів, а підлога була встелена лінолеумом або плиткою, що складало ризик для самостійного пересування із використанням ДЗР. Також це знижувало доступ до забезпечення базових санітарно-гігієнічних потреб, наприклад в одному з випадків не було доступу до душової кімнати – вона була розміщена у підвальному приміщенні, ще й з обмеженим графіком подачі води.

Одинично респонденти також вказали про відсутність системи виклику медичного персоналу, що дивувало пацієнтів, адже, як вони зазначили, «докричатися» до персоналу було неможливо. Система виклику

медичного персоналу в лікарнях – важливий складник інфраструктури медичного закладу і передбачає багато корисних аспектів, які могли б полегшити взаємодію між медичним персоналом і пацієнтами, а також надати швидкий доступ до необхідної допомоги та покращити комунікацію.

І хоча всього в 21 зі 178 (12%) випадках реабілітації респонденти під час кількісного анкетування зазначали, що мали складнощі пов'язані з безбар'єрністю, важливо розуміти, що при різних типах травм можуть бути дуже різні вимоги до інклюзив-

ності простору. Тобто особи з легким або середнім ураженням будуть звертати увагу на безбар'єрність всередині приміщення набагато менше за поранених з тяжкою травмою на кріслі колісному. Тому наявність навіть незначної частини військових, яким було важко переміщатись в будівлі лікарні, свідчить про обов'язковість перевірки інклюзивності та безбар'єрності в закладах. З усім тим, в більшості випадках респонденти зазначали важкість пересування на кріслі колісному (48%) або/та на милицях (38%).

Рисунок. 26. Які саме у вас виникали складнощі у цьому закладі пов'язані з безбар'єрністю пересування?



*N=21, тільки ті заклади, для яких респонденти зазначили про проблеми безбар'єрності

Аналіз інтерв'ю надавачів послуг продемонстрував, що існують певні проблеми більш глобального рівня для впровадження повної інклюзивності та універсального дизайну в закладах охорони здоров'я. Серед озвучених надавачами проблем були: замала площа приміщення, відсутність фінансової підтримки з боку держави для покриття капітальних витрат. Однак один із рес-

пондентів розповів про позитивний досвід забезпечення матеріальними ресурсами як з боку держави через централізовані закупівлі, так і з боку благодійних фондів.

За коментарями надавачів послуг можна зробити висновок, що є тенденція до того, що старі приміщення ЗОЗ перероблюють або підлаштовують під сучасні виклики та потреби пацієнтів, незалежно від того, при-

ватний це заклад охорони здоров'я чи комунальний.

На відміну від надавачів послуг, експерти озвучили лише дві проблеми, що стосуються інклюзивності приміщень закладів охорони здоров'я, які одноголосно збіглися із попередньо озвученою проблематикою: відсутність можливостей для

перепланування закладів через замалу площу та недостатність фінансування ремонтів для створення інклюзивного простору для пацієнтів.

Станом на сьогодні, інклюзивність приміщень ЗОЗ потребує роботи над універсальним дизайном та більшої площі, хоча процес реформації вже запущено і він рухається, хоч і повільно.

Резюме: респонденти-отримувачі реабілітаційних послуг якісного етапу повідомили про труднощі з пересуванням територією закладів, де вони отримували допомогу. Серед найбільш проблемних зон споживачі відзначають відсутність або несправність ліфтів, неінклюзивні санвузли та відсутність системи виклику персоналу.

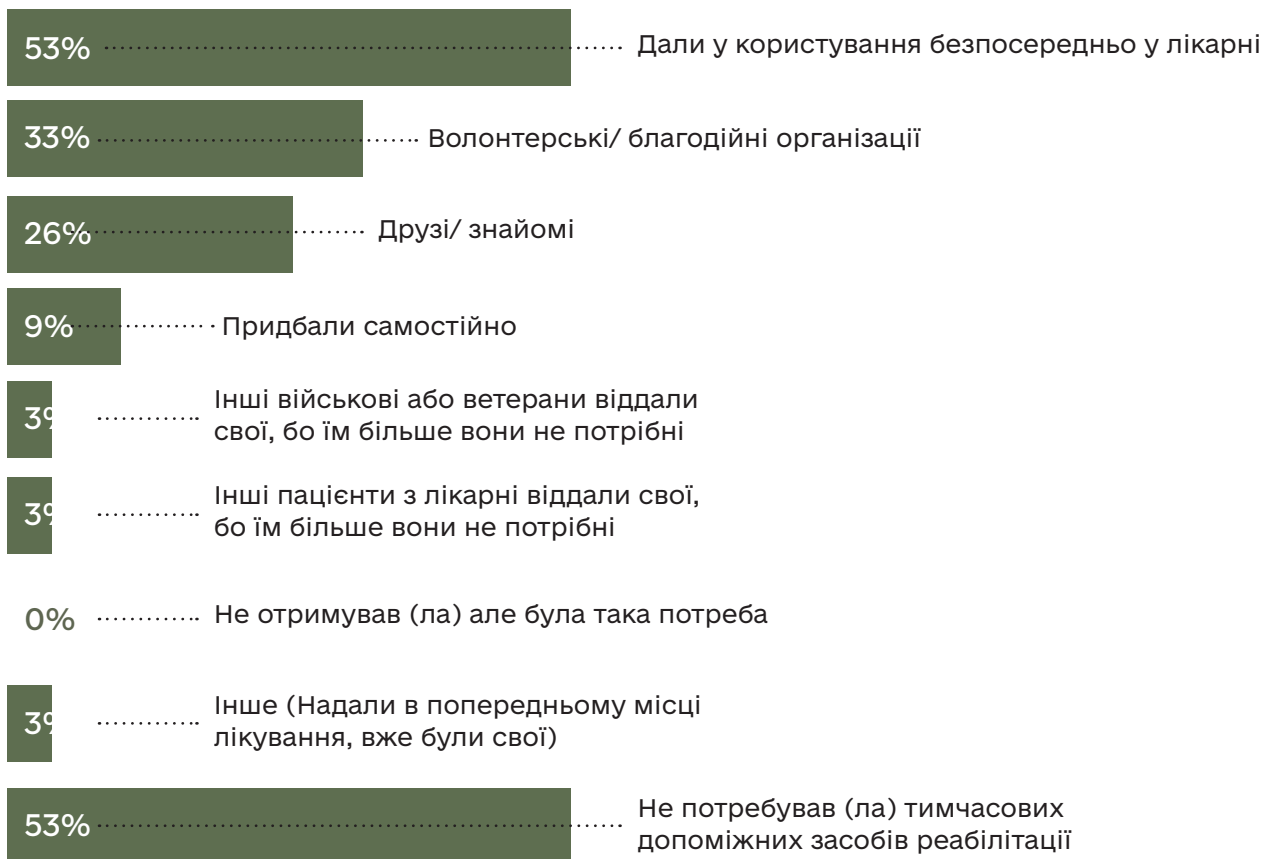
Надавачі реабілітаційних послуг та експерти також говорять про проблеми з безбар'єрністю приміщень закладів охорони здоров'я. Вони вважають, що найбільше на відсутність інклюзивності впливають недостатнє фінансування для проведення ремонту, погана пристосованість старих приміщень.

3.5 Забезпечення допоміжними засобами реабілітації

Респонденти кількісного етапу дослідження у 116 зі 178 (65%) випадків реабілітації зазначили, що вони потребували тимчасових допоміжних засобів реабілітації. У більш ніж половині випадків (53%) лікарні самостійно забезпечували тимчасови-

ми ДЗР (повністю всіма ДЗР або хоча б одним). Проте в частині випадків військовим все ж доводилось отримувати їх від близьких (26%) або ДЗР їм надавали волонтерські/благодійні організації (33%), деякі купували самостійно (9%).

Рисунок. 27. Хто забезпечив вас допоміжними засобами реабілітації для тимчасового користування в цьому лікувальному закладі ? (милиці, крісло колісне, туалетні опори для рук та спини, табурети та стільці для душу, спеціальні меблі, бруси та поручні тощо)



*N=178; вибір декількох варіантів

Схожими є дані і якісного етапу. Більшість користувачів, які проходили реабілітацію, мали змогу отримати допоміжні засоби пересування для тимчасового користування у тому закладі, де здійснювали лікування. Проте їх не завжди вистачало для всіх пацієнтів, тому доводилось користуватись ними по черзі або звертатись до волонтерів. В інших випадках потреби в ДЗР не було, але були ЗОЗ, де тимчасовими ДЗР не забезпечували, особливо це стосувалося санаторно-курортних закладів.

В санаторії вже всі зі своїм приїжджали, по потребі. Якщо хтось не може пересуватися самостійно, йому треба там оце крісло, ну... приїжджає з кріслом. Якщо комусь треба милиці – приїжджають з милицями. Я не бачив такого, щоб в санаторії комусь їх видавали. **(Р24 Матвій, ЧМТ без ушкодження органів чуття)**

Майже всі пацієнти, які потребу-

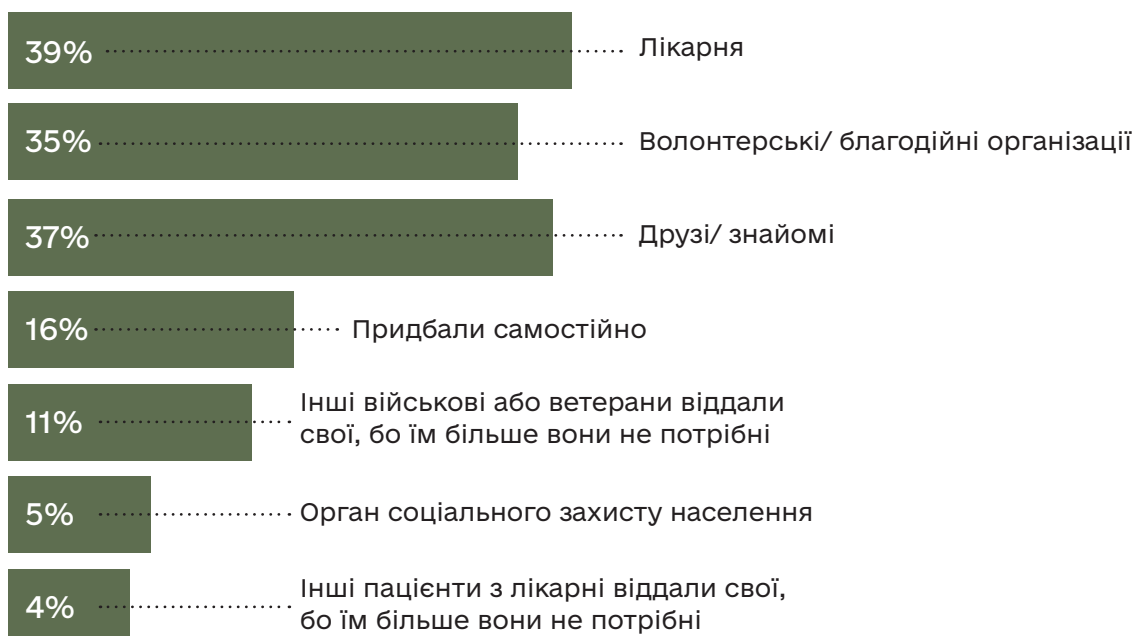
вали ДЗР, отримали їх безоплатно або від закладу, або з допомогою волонтерів. Лише у випадку, коли військові хотіли отримати якісніші засоби, вони могли їх собі придбати.

Види ДЗР, які найчастіше були доступні для тимчасового користування: ліктьові милиці, тренажери і приладдя, високі ходунки, милиці, крісло колісне. Були заклади, які надавали тимчасовий протез (два таких заклади).

Найчастіше пацієнти самостійно вчилися користуватися ДЗР. Проте були випадки, коли користуватись ДЗР навчав фахівець з реабілітації.

За результатами кількісного етапу, ситуація з отриманням постійних ДЗР безпосередньо в лікарнях дещо гірша. Потреба в отриманні постійних допоміжних засобів реабілітації (окрім протезів) була у 57 (36%) респондентів. Серед них третина респондентів зазначили, що отримали постійний ДЗР в лікарні (39%), третина – від волонтерських або благодійних організацій (35%) та третина – від друзів/знайомих (37%).

Рисунок. 28. Хто забезпечив вас допоміжними засобами реабілітації для постійного користування (милиці, крісло колісне, туалетні опори для рук та спини, табурети та стільці для душу, меблі, бруси та поручні тощо)?



Більшість респондентів якісного етапу, хто потребував допоміжних засобів реабілітації постійного користування, отримали їх у закладі. Це були ортези, милиці, ходунки, тростина-квадропод. У двох випадках видали тимчасовий протез. Також із забезпеченням постійних ДЗР допомагали волонтери. Крім того, був випадок, коли військовий отримав ДЗР (багатофункціональне ліжко, стілець санітарний, матрац та крісло колісне) через звернення до ЦНАП через 5 місяців після оформлення звернення по допомогу.

Однією з основних перешкод отримання постійних допоміжних засобів пересування стало те, що користувачі не знали, що можуть їх отримати безпосередньо в закладі.

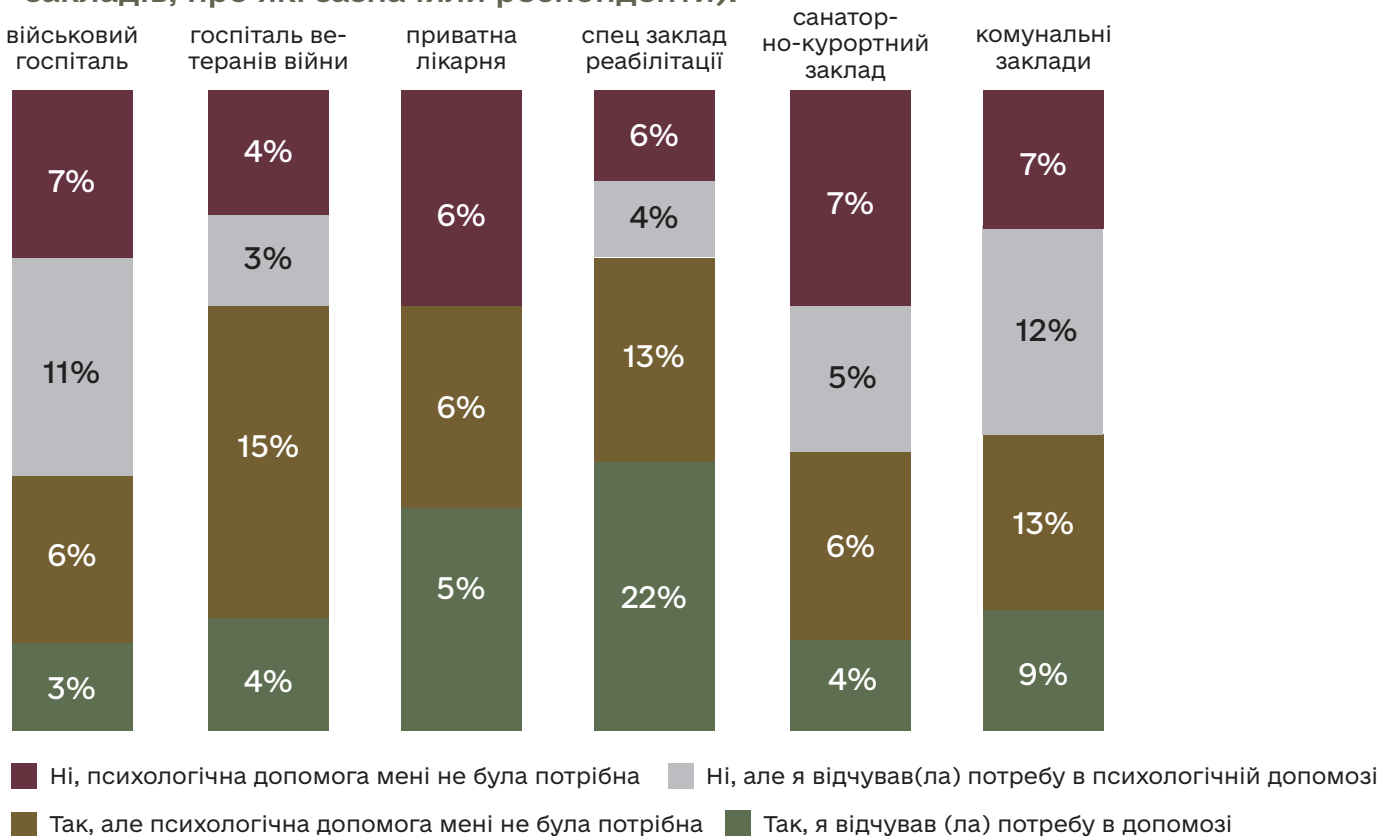
Резюме: ситуація із забезпеченням допоміжними засобами реабілітації для тимчасового чи постійного користування залежить від кожного окремого закладу та поінформованості пацієнта про можливість їх отримати. Частіше простіше отримати ДЗР у тимчасове користування у лікарні, в той час, як ДЗР постійного користування не завжди видають у закладі, де надають реабілітаційні послуги. Зазвичай отримувачі послуг звертаються до волонтерів або знайомих, іноді купують ДЗР самотійно.

3.6 Психологічна допомога під час реабілітації

Реально хто може допомогти, то це дійсно хороший психолог, який сам хоча б десь був в якихось толкових бойових діях і який дійсно розуміє що... Тому що, наприклад, один з таких випадків, коли ви приходите до психолога а він каже: «Ви людей вбивали?»...Ну, все, я вважаю, що після такого питання, з таким психологом далі немає про що розмовляти... (P2 Іван, травма кінцівок без ампутацій)

За результатами кількісного етапу 53 % опитаних зазначили, що їм не була потрібна психологічна допомога за їхнім відчуттям.

Рисунок 29. Розподіл потреби та присутності в мультидисциплінарній команді психолога залежно від типу закладу реабілітації (кількість закладів, про які зазначили респонденти).



*N=178

Дві третини респондентів якісного етапу виявили зацікавленість отримати послуги з психічного здоров'я, перебуваючи у 303 різних типів. Водночас дехто з респондентів розповів, що не зустрічав психологів за весь час проходження реабілітації.

Загалом є тенденція, що більше шансів отримати психологічну допомогу без окремого додаткового запиту у військовослужбовців було саме в цивільних закладах.

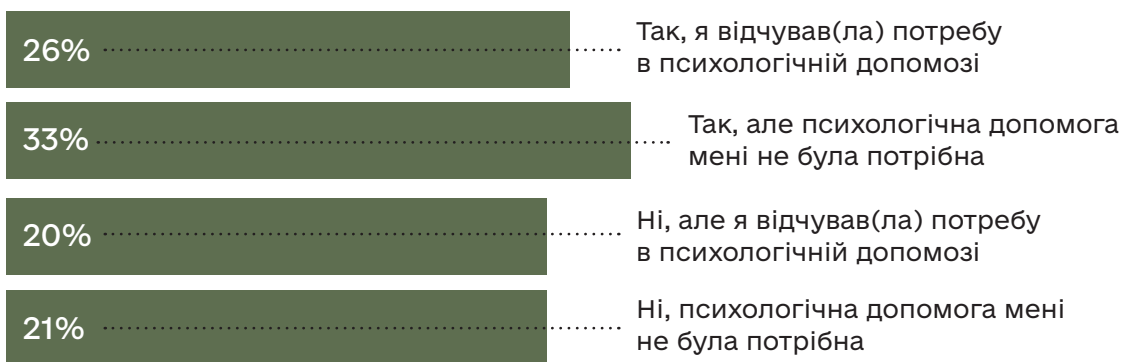
На запитання стосовно психологічної допомоги у військових 303 більшість респондентів не давали відповіді. А за відповідями респондентів з негативним досвідом можна зробити припущення, що однією з причин неотримання психологічної допомоги у військових медичних закладах також була неготовність респондентів взаємодіяти з фахівцем з психічного здоров'я через стан самопочуття.

Вона [психологічна допомога] була в Харкові, в шпиталі у військовому. Нас запитували. Але чоловік був дуже у важкому стані,

йому було не до розмов. Він або спав, або в нього боліло. **(P41 Марина, травма кінцівок без ампутацій, ЧМТ із ушкодженням органів чуття, акубаротравма, опіки)**

Проте не всі респонденти кількісного етапу мали нагоду отримати консультацію психолога під час перебування у лікарні. В 41% закладів респонденти вказали, що в них не було психолога в команді з реабілітації, який би зміг надати консультацію (проте не варто відхиляти можливість, що психолог фактично був, але взагалі не контактував з респондентом). У 106 закладах зі 178 (59%) були психологи в складі реабілітаційної команди. Важливо зазначити, що наявність психологів в різних типах закладів є не рівномірною. У всіх типах закладів, окрім спеціалізованих реабілітаційних та військових госпіталів, приблизно в половині випадків були психологи. В той час, як в спеціалізованих реабілітаційних центрах – у 78% закладах був психолог, а у військових – всього у 33%.

Рисунок 30. Чи входив до складу команди з реабілітації, яка працювала з вами в лікувальному закладі, психолог?



*N=178

Бар'єром в отриманні психологічної допомоги, за даними якісного етапу, є те, що військові не висловлюють бажання її отримати, хоча фахівці запитують про потребу, та іноді це відбувається у доволі формальний спосіб. Серед причин недостатньої, на думку військових, психологічної допомоги можна виділити байдужість/незацікавленість фахівців у сфері психічного здоров'я, що помічали лише у цивільних закладах охорони здоров'я.

У Львові в госпіталі мене просто тоді в палаті не було, але чув, що там казали, що ходив психолог по палаті. Але він так взагалі просто приходив і казав: «Хлопці, якщо комусь щось там треба поговорити, тяжко щось, підходьте в такий-то кабінет, я з такої-то години». І все. **(P32 Віктор, травма хребта без пошкодження спинного мозку)**

Певна кількість респондентів зауважили, що не мають бажання спіл-

куватися із цивільним психологом і потребують військового психолога або людину, яка має чітке розуміння військової служби.

Але чесно, що я не бачив смислу мені звертатись до цивільного психолога. Тому що, як мінімум, в мене питання, який я буду формулювати при зверненні до нього. Мені треба, щоб він розумів хоча би, що таке служба в армії, я не знаю, ієрархія, підпорядкування. І хоча би мав приблизне уявлення про якісь бойові дії, і з чим тут люди зіштовхуються. **(P11 Семен, травма кінцівок без ампутацій)**

Респондентам, які зазначили що психолог був у команді з реабілітації, психолог зміг надати допомогу у 41% випадків (в 43 закладах). У 20% закладів де респонденти проходили реабілітацію, психолог намагався надати психологічну допомогу, проте, на думку респондентів, не зміг надати фахову допомогу, яка була їм потрібна.

Рисунок 31. Зазначте, чи вдалось отримати психологічну допомогу від психолога в цьому лікувальному закладі, де ви проходили реабілітацію?



*N=106, тільки в закладах, в яких психолог входив в мультидисциплінарну реабілітаційну команду

На запитання щодо того, чи було достатньо отриманої допомоги, більша частина респондентів якісного етапу відповіли ствердно. Дехто з респондентів розповів що додатково звертався для отримання психологічної допомоги до військового капелана. Серед тих, хто зауважив, що наданої допомоги було недостатньо, є респонденти, які планують самостійно звернутися до психолога.

Варто також зауважити про наявність військових капеланів і священників, які приходять до поранених у ЗОЗ, про яких зазначали деякі респонденти і які певною мірою виконували функцію психологів для поранених.

... так, щоб прямо психолог приходив, то ні. Такого я не пам'ятаю. Вони просто заходять, типу питають: «Ой, хлопці. А ви звідки? Ой, а я там отець Георгій. Ой, а як у вас там на душі? А чи все нормально?. Якщо що, то ви кажіть. Я ось тут ходжу. Запишіть мій номер телефону». **(P11 Семен, травма кінцівок без ампутацій)**

Щодо психологічної підтримки, спрямованої на підтримання стабільного психологічного стану поранених під час реабілітації та для їхнього повернення до повноцінної взаємодії у соціумі, респонденти найчастіше говорили про родину, соціалізацію у колі колег або друзів, спілкування із побратимами та відчуття приналежності до спільноти військових, розуміння мети та надавання їй важливості. Опитані експерти звузили перелік необхідного до двох: розуміння кінцевої мети та наявності мрії про майбутнє і об'єднання з іншими пораненими військовими.

Думки надавачів стосовно обов'язкового долучення психологічної реабілітації до загального пакету реабілітаційних послуг для військових розділилися: дехто вважає, що психологічна реабілітація має бути у вигляді додаткової послуги в окремому пакеті, а дехто вважає її такою ж важливою компонентою, як і фізична. Існує думка, що всі пацієнти потребують комплексної реабілітації. Не кожен випадок потребує психологічної допомоги, але будь-який поранений військовий має пройти психологічну діагностику. Лише за її результатами на всіх етапах – від військової частини до демобілізації – варто визначати потребу в психологічній реабілітації.

Всі пацієнти потребують комплексної реабілітації. Я не скажу, що вони всі потребують психологічної реабілітації, але вони всі потребують психологічної діагностики. **(КІ 14)**

Серед основних проблем надання послуг психологічної реабілітації отримувачі та надавачі виділили:

- відсутність або нестачу компетентних психологів і психіатричної допомоги,

- потребу у додатковому навчанні щодо роботи з військовими та ветеранами, особливо це стосується лікарів не спеціалістів у сфері психічного здоров'я, а також середнього і молодшого медичного персоналу,

- відсутність супервізій та психологічної підтримки медичних спеціалістів та фахівців з реабілітації, які надають допомогу військовим та ветеранам,

- не стандартизований підхід, через що надання психологічної допомоги відрізняється у закладах різного

підпорядкування,

– недоступність послуг, пов'язаних із психічним здоров'ям, за місцем проживання військових та ветеранів.

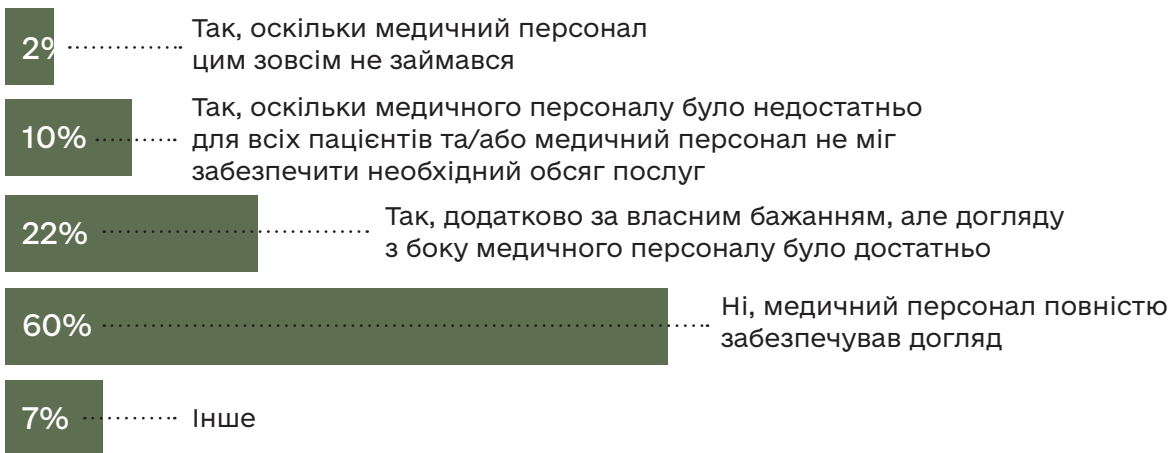
Резюме: споживачі часто вважають, що не потребують психологічної допомоги. Також вони висловлюють сумніви щодо готовності та спроможностей фахівців з психічного здоров'я зрозуміти стан військових й ветеранів та надати відповідну допомогу. Водночас надавачі повідомляють про зростання потреби у психологічній допомозі для пацієнтів при тому, що кількість та якість підготовки фахівців потребує покращення.

3.7 Догляд за пораненими в період реабілітації

Респонденти, які взяли участь в кількісному етапі, переважно зазначили, що догляд під час перебування в закладі з боку середнього медичного персоналу був достатній, і не для всіх близьких це стало великим тягарем. Всього у 10% закладів, де респонденти отримували послуги реабілітації, близьким доводилось

виконувати медичні процедури та послуги догляду у зв'язку з недостатністю або відсутністю догляду за пораненим. Але у 22% випадках реабілітації в закладі, догляд виконувався за власним бажанням близьких, хоча догляду з боку медичного персоналу було достатньо.

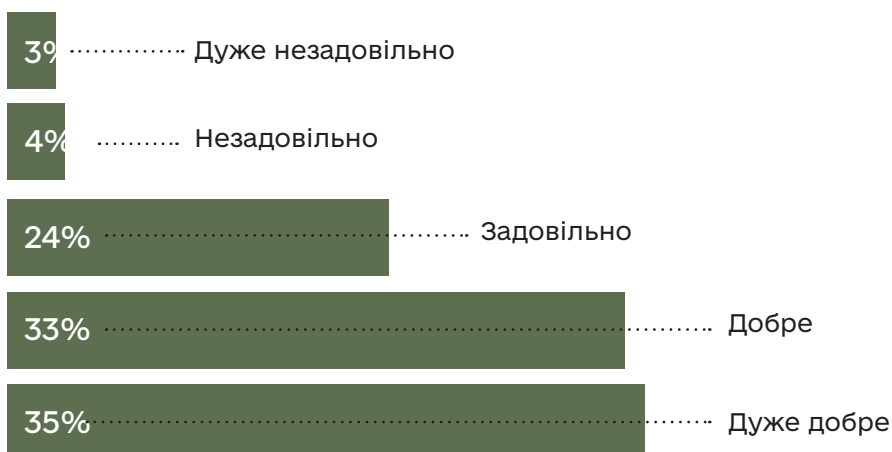
Рисунок 32. Чи доводилось вашим рідним/друзям/знайомим/волонтерам забезпечувати медичний догляд за вами (ін'єкції, перев'язки, масажі тощо)?



*N=178

Догляд та піклування з боку середнього та молодшого медичного персоналу респонденти оцінили як «добре» або «задовільно» в переважній більшості закладів (92%). Всього у 8% випадків реабілітації догляд оцінили «незадовільно» («дуже незадовільно»).

Рисунок 33. Як ви оцінюєте загалом догляд та піклування в закладі з боку медичного персоналу (медичні сестри, молодший медичний персонал)?



*N=178

Близькі та рідні військовослужбовців та ветеранів відіграють велику роль в процесі їхнього лікування та реабілітації. Дані нашого попереднього дослідження «За лаштунками турботи» свідчать про те, що йдеться про спектр функцій: від допомоги з документами та доглядом до емоційної підтримки. У своїх висновках ми зосереджуємося на тому, що ця сфера вимагає уваги від держави, аби забезпечити потреби таких сімей – від матеріально-ресурсних до інформаційних³¹.

Поточне дослідження підтвердило попередні висновки про відсутність належного інформування рідних та близьких про стан здоров'я та медичні показники пацієнтів, можливості подальшого лікування та реабілітації.

Особливо гостро це відчувають родичі пацієнтів, які перебувають у важкому стані після поранення і отримують лікування у реанімації або паліативному відділенні. Стан пацієнта медики коментують так, аби не давати надії на одужання на кшталт

«дуже важкий», «він буде вашої дитиною, він такий особливий буде» (P22 Оксана, ЧМТ із ушкодженням органів чуття).

Зі слів опитаних, рідних інформують неадекватно та невчасно або не інформують взагалі. Крім того, лікарі не дотримуються етики спілкування із важкохворими та їхніми родинами. Зі слів респондентів, медики озвучували негативні або летальні прогнози у невідповідний спосіб. Вони прямо говорили про те, що людина, ймовірно, невдовзі помре, не готуючи родичів або близьких до такої інформації попередньо.

А той невролог казав, приходив у палату і починав розказувати, що людина скоро помре, прям у палаті. Я кажу: «Давайте не у палаті про такі прогнози». І кажу: «Взагалі, Ви мені про прогнози сказали. Я їх вже давно зрозуміла. Навіщо Ви мені кожен день, коли я питаю: «Які у нього аналізи?, – кажу, – розказуєте про погані прогнози?» Кажу, давайте не

31 – «За лаштунками турботи: Огляд міжнародного досвіду програм підтримки та ситуації в Україні» Джерело: <https://www.pryncyp.com/wp-content/uploads/2024/02/turbota.pdf>

у палаті, а у коридорі». А він мені каже: «Вони тут абсолютно індивідуальні, вони не контактні, вони нічого не чують і не відчують. Бо вони знаходилися у сплутаній свідомості, хто був у панічному або вегетативному стані». Але доказано, що люди або чують такі ситуації, або бачать, або уривкам пам'ятають. Тобто зараз я спілкуюся з військовими, які були у такому стані, вони щось пам'ятають. **(Р22 Оксана, ЧМТ із ушкодженням органів чуття)**

Поточне дослідження також підтвердило ще один висновок із попередньої роботи із респондентками, які доглядають за своїми важкопораненими родичами. А саме – про необхідність впровадження спеціальних програм психологічної підтримки для таких сімей³². Наші опитані заявляють про потребу в психологічній підтримці родин військових.

Ніхто, ніколи не питає чи у мене нема таких проблем? Чи у мене все добре з психікою після трьох років служби чоловіка, важкого поранення і цього процесу реабілітації?... Все-таки жінка на собі дуже витягує і перекидає оцю нестачу і тих же соціальних працівників, і тих же психологів... **(Р4 Галина, травма кінцівок без ампутацій)**

Психолога я, чесно, я хочу, але якось не можу рішитися, не знаю... **(Р17 Олена, травма кінцівок з ампутацією)**

Про залученість волонтерів у лікувальних закладах під час проходжен-

ня реабілітації згадали дві третини респондентів. Основним напрямом діяльності волонтерів у медичних закладах були:

- забезпечення речами першої потреби, одягом чи засобами особистої гігієни,
- постачання продуктів (зокрема солодощів),
- допомога із пранням,
- забезпечення адаптивним одягом, допоміжними засобами реабілітації, кріслами колісними, знеболювальними,
- допомога з послугами, наприклад, волонтери стригли волосся чи допомагали з документами,
- інформування військових про інші реабілітаційні центри.

Також, зі слів рідних військового, в одному з санаторно-курортних закладів волонтери допомагали у догляді за важким маломобільним пацієнтом, допомагали із пересуванням, годували.

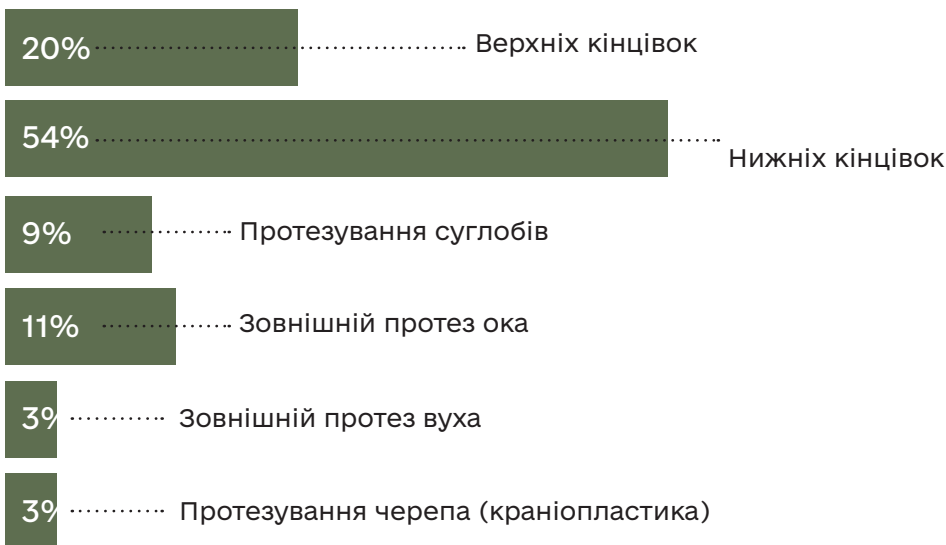
Не менш важливою допомогою від волонтерів були активності, які вони організовували в госпіталях чи інших медичних закладах. Як зазначали військові, волонтери надавали моральну підтримку, проводили різні заходи, створювали розважальну програму.

Резюме: догляд за пораненими у період лікування та реабілітації великою мірою лягає на родину пацієнта. Трапляються випадки, що такі родини втрачають джерело доходу, оскільки змушені весь час присвятити підтримці військового. Здебільшого до догляду залучені дружини, доньки та матері. Вони потребують не лише фізичної та матеріальної, а й психологічної підтримки. Більшість респондентів позитивно відгукнулися про залученість волонтерів у процес догляду і підтримки військовослужбовців, при чому ступінь залученості й допомога волонтерів відрізняється залежно від закладу.

3.8 Протезування

У кількісному етапі дослідження взяли участь 35 респондентів, які мали досвід протезування. Серед усіх інтерв'ююваних споживачів послуг на якісному етапі потребу в протезуванні мали шестеро, з них троє на момент проведення дослідження очікували на протез та/або реабілітацію та проходили терапію для підготовки.

Рисунок 34. Який тип протезування (допоміжні засоби реабілітації) ви потребували?



*N=35; вибір декількох варіантів

50% респондентів кількісного етапу самі обирали протезне підприємство і протез, а 30% обирали підприємство, але не могли вибрати протез. Якщо була можливість обирати заклад самостійно, учасники якісного етапу повідомили про звернення до приватних підприємств

протезування, коли йшлося про протезування верхніх та/або нижніх кінцівок. Спираючись на досвід одного респондента з надавачів послуг і коментарі споживачів послуг, можна сказати, що ЗОЗ рекомендують пацієнтам протезні підприємства, у яких впевнені або кваліфікація яких відпо-

відає стандартам.

Здебільшого про можливість протезування опитані у кількісному етапі дізнавались від родичів/друзів/знайомих (31%) і у реабілітаційному відділенні або ребцентрі (35%), при цьому жоден з опитаних не отримав інформації про можливості протезування від військової частини. Учасники якісного етапу розповіли, що обирали протезні підприємства за рекомендаціями, які найчастіше отримували у вигляді списку від лікарів закладів охорони здоров'я, у яких лікувались та/або від інших військових. Один респондент якісного етапу з успішним випадком протезування вважає, що протезування, його якість і швидкість прямо пов'язане із військовою частиною:

Але знову ж таки, все оце протезування, воно іде не від шпиталю. Ну типу шпиталь може і робить. А воно іде від частини. Тобто якщо частина про тебе не попідкується, ну... то про тебе не попідкується ніхто. /.../ Мене направила моя начмед з частини. І відповідно, там зробили. Як? Я приїхав з Трускавця, пішов в університет.

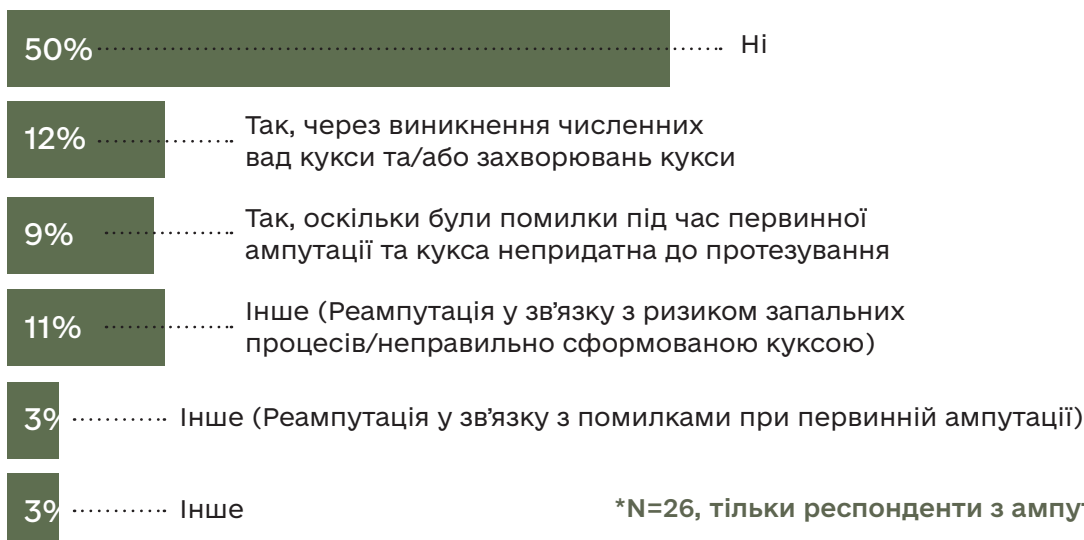
Мені давали відпускний квиток, я сказав ні, будь ласка, я полежу там, мені зроблять операцію, зробіть мені направлення. Вони зробили направлення. Мені там залили цю дірку [відсутній шматок черепа], і після того дали відпускні вже. **(P24 Матвій, ЧМТ без ушкодження органів чуття)**

Підготовка до протезування у 89% пацієнтів, які брали участь у кількісному етапі, зайняла від одного місяця до одного року, для 50% пацієнтів це було два-шість місяців очікування. У 38% респондентів підготовка до протезування була довготривалою, терміном більше ніж шість місяців.

Серед основних проблем у процесі протезування, які могли б або призводили до затримки протезування, учасники якісного етапу назвали необхідність доліковувати або додатково підготовлювати куксу.

50% опитаних потребували повторної ампутації чи реампутації кінцівки. При цьому більша частина з тих, хто потребував реампутації (62%) зазначили, що потреба реампутації виникла у зв'язку з проблемами під час первинної ампутації.

Чи була потреба повторної ампутації (реампутації) кінцівки?



*N=26, тільки респонденти з ампутацією кінцівок

Один із надавачів-учасників якісного етапу дослідження наголосив на важливості своєчасного протезування, тому важливим є правильне скерування пацієнта до закладу, де йому зможуть надати необхідний об'єм допомоги та уникання множинних перескерувань. В ідеальному варіанті це мала б бути та сама лікарня, де пацієнту зробили ампутацію. Оскільки що більше часу минуло від ампутації до протезування, то більше шансів, що пацієнт не зможе користуватись протезом.

Інший респондент з боку надавачів під час якісного етапу дослідження звернув увагу на необхідність повторних ампутацій, що значно подовжує період відновлення пацієнта. Такі ситуації трапляються через відсутність стандартів надання допомоги при проведенні ампутацій. (прим. клінічний протокол «Висока двостороння ампутація» було затверджено наказом МОЗ № 714 від 25.04.2024 «Про затвердження нових клінічних протоколів за темою «Бойова травма»³³, клінічний протокол «Ампутація: оцінка та лікування (бойові поранення)» було затверджено наказом МОЗ № 1237 від 16.07.2024 «Про затвердження нових клінічних протоколів за темою «Бойова травма»³⁴)

І часто приходиться робити п'ять, шість, сім повторних ампутацій. І виходить що ви могли не вимахуватися і зробити відразу трошки нижче коліна, щоб зберегти колінний суглоб. А ви почали вимахуватися і тепер вам треба робити на середині бедра. Тому що ви намагалися врятувати світ... З точки зору системи це максимально деструктивна історія. **(КІ 21)**

Хоча маршрут протезування і залежав від індивідуальних потреб пацієнта, він все ж майже не відрізнявся в усіх випадках. Опитані під час якісного етапу, які вже пройшли процес протезування, також зазначили, що після консультації, зліпків та замірів, під час очікування постійного протезу їм видали тимчасовий – для навчання і звикання. Загалом період виготовлення постійного протезу після узгоджень всіх документів (заяви для відшкодування, погодження та підписання з протезним підприємством та ін.) для 77% респондентів тривав до семи тижнів, що дещо більше встановлених норм – до 35 днів, згідно з постановою Кабінету Міністрів № 321³⁵. Але такий термін наближено відповідає нормі, оскільки потрібно зважати на високу навантаженість на протезні підприємства. За інформацією Мінсоцполітики, цей термін наразі в середньому становить 45 днів³⁶.

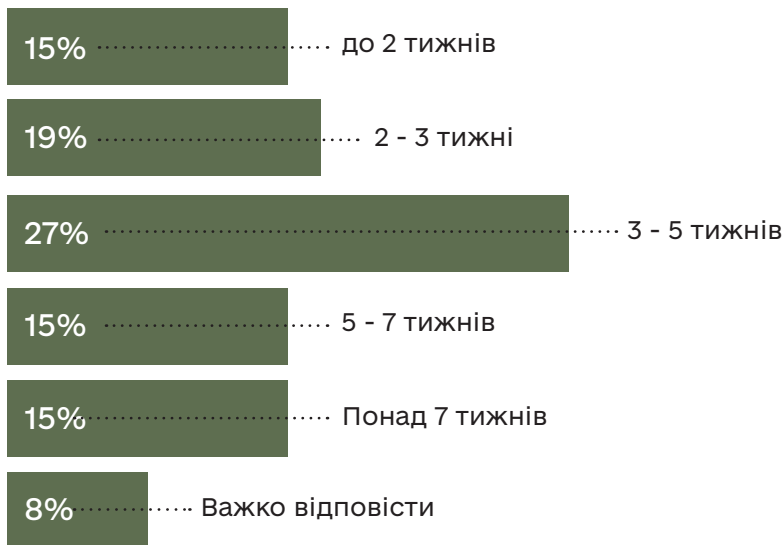
33 – Наказ МОЗ № 714 від 25.04.2024 Джерело: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-25042024--714-pro-zatverdzhennja-novih--klinichnih-protokoliv--za-temoj-vojova-travma>

34 – Наказ МОЗ № 1237 від 16.07.2024 Джерело: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-16-07-2024-1237-pro-zatverdzhennya-novih-klinichnih-protokoliv-za-temoyu-bojova-travma>

35 – Постанова Кабінету Міністрів України № 321 від 05.12.2012 Джерело: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/321-2012-%D0%BF#n211>

36 – Мінсоцполітики про забезпечення прозорості протезування Джерело: <https://www.kmu.gov.ua/news/minsotspolityky-pro-zabezpechennia-prozorosti-protezuвання>

Рисунок 36. Як довго ви очікували на виготовлення протеза з моменту подачі та погодження заявки на виготовлення протеза (Після повного узгодження протеза та його замовлення у протезного підприємства)?



*N=26, тільки респонденти з ампутацією кінцівок

Також варто звернути увагу на один проблемний випадок ендопротезування, який на момент проведення інтерв'ю все ще не був вирішений. Військовий, який потребував ендопротезування колінного суглобу, вимушений був самостійно шукати можливості та кошти для лікування. Для отримання допомоги йому довелось шукати кошти на купівлю ендопротеза, які зрештою виділила адресно місцева влада. Сам військовий пов'язує погіршення свого стану здоров'я із порушенням свого права на отримання медичної допомоги військовою частиною.

Тоді, коли я надав всі знімки, де чітко видно було, що в мене руйнується коліно. Де був консультативний висновок мого лікуючого лікаря, що я потребую планове оперативне лікування, – мене не було направлено. І за цей час, поки мене протримали, так, моя хвороба розвивалася і зруйну-

вала мені суглоб. **(Р9 Євген, військовий, травма нижніх та/або верхніх кінцівок (без ампутацій))**

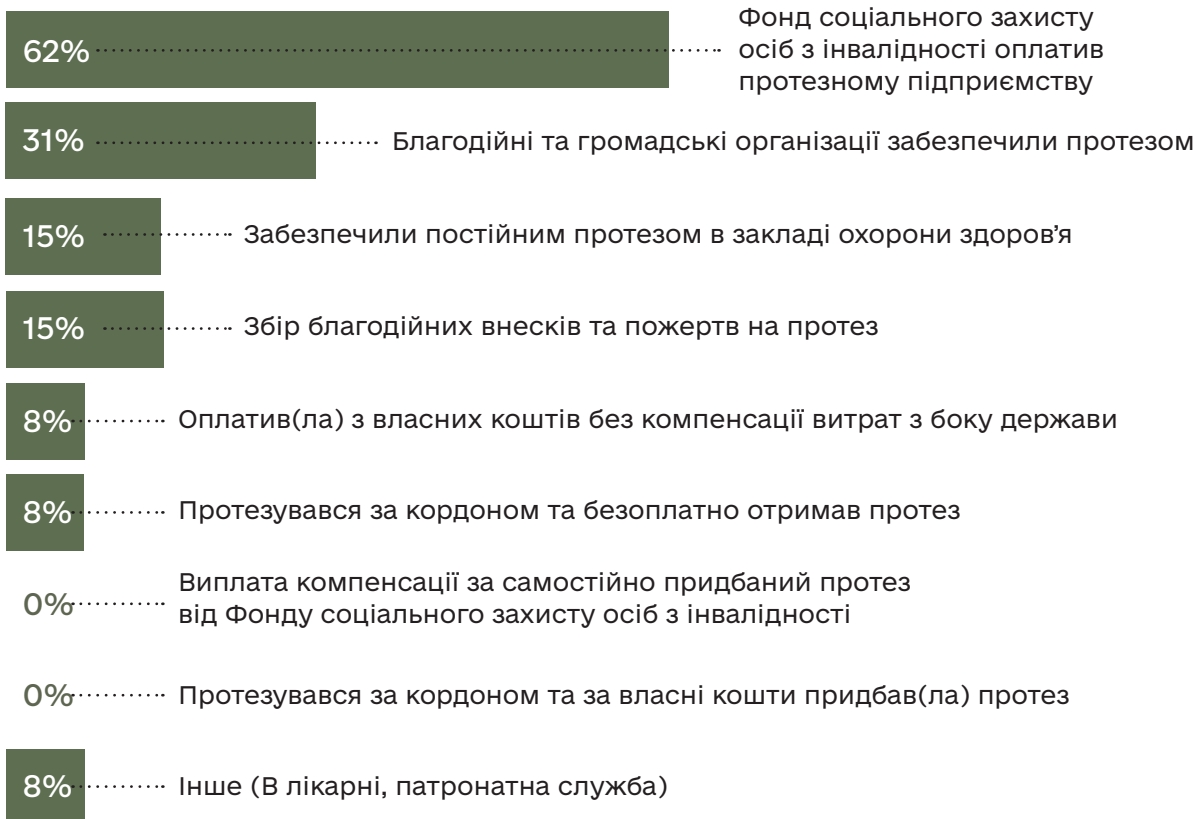
За даними кількісного етапу дослідження, 92% опитаних оцінили роботу протезного підприємства від задовільно до дуже добре. Аналізуючи інтерв'ю військових з ампутуваними кінцівками, які взяли участь у якісному етапі, можна зробити висновок, що протезні підприємства ретельно і якісно підходять до своєї справи, намагаються не втрачати часу для відновлення і відправляють клієнтів доліковуватися. Окрім цього, можна припустити, що більшість протезистів із протезних підприємств є певною частиною мультидисциплінарних команд, адже вони за необхідності радяться та/або направляють клієнтів до закладів охорони здоров'я, де мають колег.

Більшість опитаних (74%) під час кількісного етапу отримали протез безоплатно, серед трійки установ та

організацій, які забезпечили пацієнтів протезами: Фонд соціального захисту осіб з інвалідністю, благодійні або громадські організації, заклади охорони здоров'я. Надавачі послуг, які взяли участь у якісному етапі, підтвердили можливість для військових отримати процедуру коштом держави. Окрім державного фінансування, значну роль відіграють благодійні внески – від меценатів і благодійних фондів (як українських, так і міжнародних). Про це розповіла одна з респонденток серед надавачів послуг. Проте частина респондентів була змушена або самостійно купувати протез (8%) або отримали його завдяки зборам благодійних внесків

та пожертв (15%), що може свідчити про недостатню поінформованість пацієнтів та медичного персоналу в закладах охорони здоров'я щодо державних програм та можливостей протезування. Важливим показником також є те, що майже половина респондентів, які мали досвід протезування кінцівок, зазначали більше ніж одне джерело фінансування постійного протезу, що може свідчити частково про відповідну «незакриту» потребу для військових мати декілька протезів різних типів, або про користування можливістю отримання декількох протезів, навіть якщо на це немає потреби, про що також зазначали експерти в інтерв'ю.

Рисунок 37. Хто забезпечував (оплачував) вам протезування та виготовлення безпосередньо протезу?



*N=26, тільки респонденти з ампутацією кінцівок; вибір декількох варіантів

69% респондентів під час кількісного етапу оцінили задоволеність протезом порівняно із очікуваннями щодо його функціоналу як «добре» або «дуже добре». Загалом забезпечення процедури протезування від протезного підприємства та співпрацю з підприємством, як «добре» або «дуже добре» оцінили 65%. Тобто близько третини респондентів, які мали досвід протезування кінцівок, оцінюють взаємодію та відповідність самого протезу на середньому або нижче середнього рівні.

Надавачі реабілітаційних послуг та експерти, які взяли участь у якісному етапі дослідження, загалом відгукнулися позитивно про стан системи протезування в Україні, але виокремили такі напрями для удосконалення:

- необхідна підготовка кваліфікованих кадрів: на сьогодні вже створили професійний стандарт кваліфікації «протезист-ортезист», за яким фахівець зобов'язаний не лише мати досвід роботи, а й диплом магістра та бездоганні знання своєї справи й Етичного кодексу; проте підготовка таких фахівців потребує часу;

- необхідне вдосконалення регуляції сфери, адже наразі у протезування можуть потрапляти фахівці із недостатнім рівнем підготовки;

- потрібне впровадження індивідуального підходу до потреб пацієнта під час вибору протезів: для прикладу, один пацієнт потребує більш функціональний протез для бігу, а іншому буде достатньо протеза для ходьби;

- необхідно забезпечити доступність інформації про протезні підприємства із описом якості послуг, які вони надають, та можливістю діз-

натися про досвід інших клієнтів підприємства;

- необхідно запровадити сучасні підходи у допомозі пацієнтам із протезуванням;

- необхідно належно врегулювати ендопротезування: наразі пацієнт витрачає власні кошти або взагалі не має можливості отримати послугу. Ні пацієнти, ні лікарі не знають, де і за які кошти можна отримати ендопротез.

Щодо механізмів державного моніторингу якості послуг у системі протезування респонденти зазначили, що наразі з'явилось більше можливостей відстежувати та контролювати роботу протезиста, адже згідно з вимогами Фонду соціального захисту людей з інвалідністю, протезисти мають надсилати фото- та відеофіксацію встановлених протезів і їхніх комплектуючих.

Окремо також варто виділити проблему щодо надання послуги протезування та/або ендопротезування при щелепно-лицевих травмах, про що розповіли надавачі та експерти під час якісного етапу. Так, наприклад, у переліку доступних послуг немає очного протезування, оскільки воно вважається косметичною процедурою. Також є проблема із наявністю кваліфікованих фахівців, які могли б надати такі послуги, та державним забезпеченням ЗОЗ слуховими апаратами. Наразі забезпечення слуховими апаратами передбачається коштами місцевих бюджетів, які не завжди знаходять на це видатки, або через допомогу благодійних організацій, як розповів один з опитаних експертів. Варто наголосити, що зі слуховими апаратами є і додаткове ускладнення під час протезування –

військові, які потребують апаратів, не мають змоги тривалий час перебувати в ЗОЗ і повертаються на військові позиції, через що фінальне налаштування апаратів відбувається фактично дистанційно – апарат налаштовують у закладі та надсилають пацієнту поштою.

Резюме: половина пацієнтів, які взяли участь у кількісному етапі дослідження, мали змогу самостійно обрати протезне підприємство, третина могли обрати й підприємство, і протез, при цьому про можливість та способи протезування більша частина пацієнтів дізналася від близьких або у відділеннях чи центрах, де вони проходили реабілітацію. Половина з учасників дослідження зазначили, що потребували повторної ампутації або реампутації під час підготовки до протезування. Більшість пацієнтів отримали послуги протезування безоплатно і були задоволені результатами взаємодії із протезними підприємствами. Надавачі та експерти під час якісного етапу звернули увагу на такі труднощі під час протезування як: потреба у повторних ампутаціях, недостатня кількість кваліфікованих кадрів, недостатнє саморегулювання сфери протезування, недостатнє регулювання ендопротезування. Окремо експерти звернули увагу на проблему з очним та слуховим протезуванням, коли перше вважається косметичною процедурою і є платним, а друге повинне фінансуватися коштом місцевих бюджетів, а по факту частіше надходить у вигляді допомоги від благодійників.

3.9 Управління, менеджмент і фінансування реабілітації

На рівні управління та загалом нормативно-правового регулювання у сфері реабілітації відбулися значні зміни протягом останніх років. Наразі визначено, чим саме є реабілітаційна послуга та її обсяги, перелік фахівців, які надають реабілітаційні послуги, та їхні кваліфікаційні характеристики, активно формуються мережі надавачів реабілітаційної допомоги.

З погляду управління і раціонального використання ресурсів респонденти вважають, що необхідно формувати мережу надавачів реабілітаційної допомоги залежно від стану і потреб пацієнта. Наприклад, реабілітаційну допомогу для пацієнтів зі спінальними травмами варто концентрувати у спеціалізованих реабілітаційних відділеннях або закладах, тоді як більшість реабілітаційної допомоги повинна надаватись у загальних реабілітаційних відділеннях.

У процесі формування мережі, на думку опитаних експертів, також важливо забезпечити фахову підготовку кадрового потенціалу надавачів послуг. Для цього заохочують активний обмін досвідом між фахівцями з реабілітації, коли спеціалісти з одного закладу відвідують заклади з кращим досвідом, так звані «Центри досконалості» і навчаються там протягом місяців.

Надавачі реабілітаційних послуг розповідають про труднощі й основні

перешкоди у наданні якісних реабілітаційних послуг:

- відсутність стандартизованого підходу до надання реабілітаційної допомоги, затвердженого на національному рівні. Зараз надавачі послуг зіштовхуються із новими викликами, пов'язаними не лише з питаннями медичного забезпечення, а і з напрацюванням нового, досі не набутого в світі досвіду роботи з травмами. Наприклад, національна програма «Неопалимі» розробила міжнародний науковий документ з лікування опікової травми;

- існують кілька думок, щодо роботи з Міжнародною класифікацією функціональностей (МКФ). З одного боку, стандартизацію реабілітаційних послуг сприймають як покращення загальної системи, з іншого, наголошують на тому, що розуміння загальної системи МКФ підміняється бюрократичною роботою з кодуванням функціональностей або копіюванням підходу без урахування особливостей нинішньої системи;

- через відсутність стандартів, надавачі користуються визначеними для фінансування термінами реабілітації, які вважають недостатніми;

- недостатнє фінансування реабілітації військових коштом НСЗУ: обмеження кількості циклів реабілітації із встановленням мінімальної тривалості циклу;

По факту, ніхто більше 21 дня не тримає. Тому, що або 21 день платять за 21 день, або 22 дня, а платять за 21 день. І ніхто не тримає більше. **(КІ 19)**

– низький рівень зарплат фахівців з реабілітації, який не залежить від кількості пацієнтів, яким були надані реабілітаційні послуги.

Загалом надавачі послуг стверджують, що наразі держава не забезпечує достатнє фінансування лікування та реабілітації військових. Оцінку вартості деяких хірургічних операцій та медичних процедур вони вважають такою, що є значно нижчою від реальної вартості, а деякі витратні матеріали називають такими, що не покриваються НСЗУ, наприклад, імпланти. Самі надавачі послуг, говорячи про вартість реабілітації, зауважують, що вона «залежить від конкретної людини та її травми».

Тому, зазначають респонденти, конкретні цифри можна застосувати лише до конкретних поранень і нозологій. Наприклад, спеціаліст із черепно-мозкових і спінальних травм говорить про **3–3,5 тисячі гривень на день як оптимальне фінансування лікування одного пацієнта**. А спеціаліст з нейрохірургії та складних скелетних травм зазначає вартість дня реабілітації **4–5 тисяч гривень на день**.

Коли державного фінансування недостатньо, надавачі послуг шукають фонди, грантові кошти, меценатську підтримку для забезпечення реабілітації.

Надавачі так визначають, на що йдуть власні кошти військових:

– додаткові медикаменти та засоби реабілітації за потреби (необхідні якісніші засоби реабілітації або необхідних препаратів немає в закладі),

– «подяка» лікарю, додаткові аналізи в іншій лабораторії, витратні матеріали, яких немає у закладі,

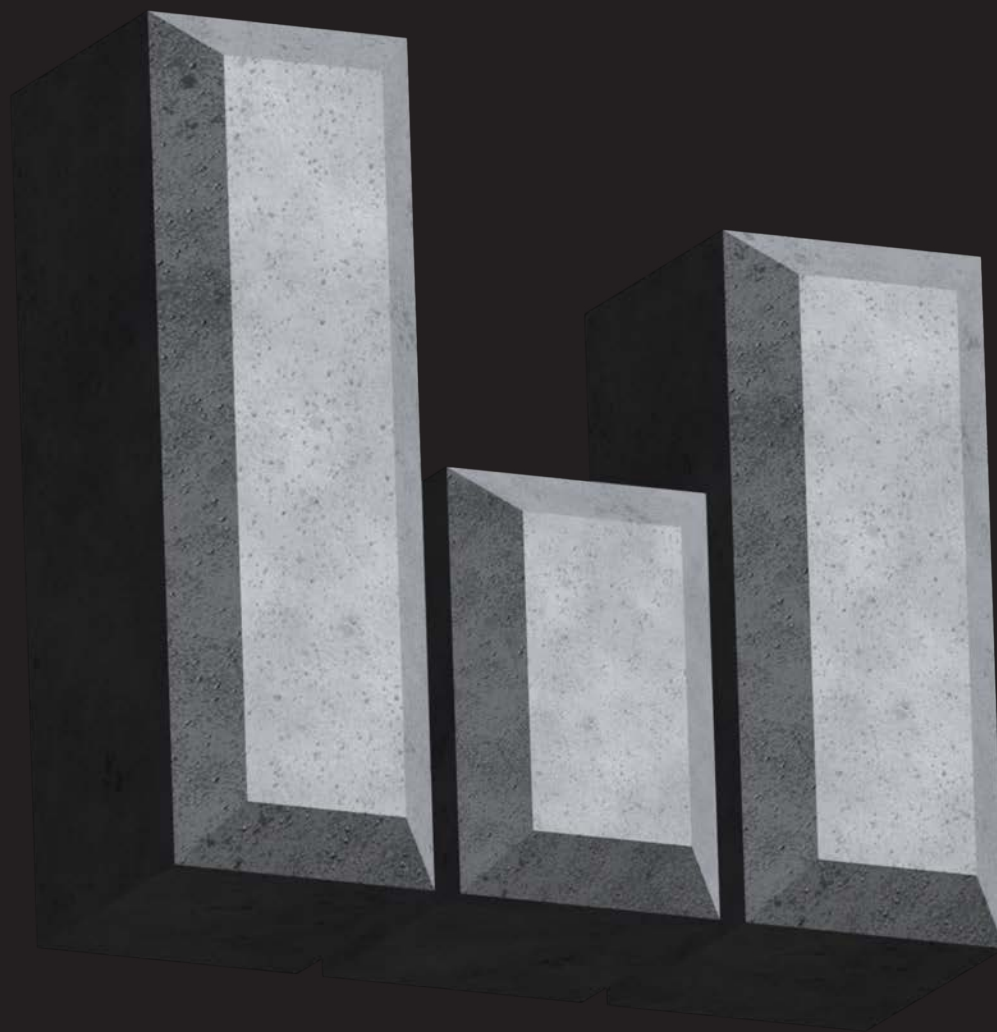
– витрати на реабілітацію за власним бажанням в іншому закладі або у випадку конкретних травм, що вимагають довготривалої реабілітації.

Також опитані надавачі та експерти говорили про нераціональне використання коштів з боку держави у ситуаціях, коли пацієнтів залишають на стаціонарному етапі, якщо при цьому безпосередньої потреби у стаціонарному лікуванні немає. Причиною подібних ситуацій експерт назвав небажання військових втрачати виплати через виписку з закладів охорони здоров'я і людський фактор. На вмотивованість завершити процес відновлення якомога швидше негативно впливає припинення виплат військовою частиною в разі завершення реабілітації.

Резюме: на думку усіх респондентів, надання реабілітаційної допомоги потребує кращої стандартизації та більшої кількості залучених висококваліфікованих фахівців у сферах реабілітації й психологічної допомоги. На думку надавачів послуг, фінансування реабілітації є недостатнім.

Розділ 4

Висновки та рекомендації



Реабілітація, безсумнівно, є важливою частиною відновлення військових і ветеранів після поранень. Державний інтерес у якісному відновленні військових прямо пов'язаний з обороноздатністю, адже йдеться про повернення до служби досвідчених військових. Водночас це також питання виконання соціальних гарантій перед громадянами, які захищають суверенітет. Спираючись на результати аналізу нормативного забезпечення, аналізу статистичних даних та досвід наших респондентів, ми фіксуємо низку проблем, які вимагають системних і продуманих рішень для їхнього розв'язання.

ПОВНОМАСШТАБНЕ ВТОРГНЕННЯ РОСІЇ В УКРАЇНУ У 2022 РОЦІ СПРИЧИНИЛО ЗНАЧНЕ ЗРОСТАННЯ ПОТРЕБИ У РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ ДОПОМОЗІ

За даними НСЗУ, отриманими у відповідь на запит, за два роки – від другого кварталу 2022 до першого кварталу 2024 року – надавачі прозвітували про послуги з реабілітації, надані майже втричі більшій кількості осіб ніж за рік до повномасштабного вторгнення. Частка чоловіків віком 18-60 років серед усіх пацієнтів зростає майже вдвічі за відповідний період часу і станом на перший квартал 2024 року становила майже 50% від всіх пацієнтів. Але якщо звернути увагу на середньомісячну кількість реабілітаційних циклів, то ця група пацієнтів становить лише 20%.

Закріплені в нормативно-правовому забезпеченні гарантії отримання реабілітаційної допомоги декларативно урівнюють військовослужбовців і ветеранів у правах з цивільними. Для військовослужбовців

та ветеранів діють загальні правила користування програмою медичних гарантій і фінансування перебування таких пацієнтів у цивільних лікарнях покривається коштами НСЗУ.

Водночас для військовослужбовців існують адміністративні бар'єри в отриманні реабілітаційної допомоги. Під час лікування та реабілітації після поранень важливу роль відіграє військово-лікарська комісія та військова частина, а вже після них – лікуючі лікарі. Це стає бар'єром до отримання необхідної реабілітаційної допомоги в повному обсязі.

ІСНУЮТЬ ДВІ ПАРАЛЕЛЬНІ СИСТЕМИ ДЛЯ НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ ТА ВЕТЕРАНАМ

Частина поранених спершу потрапляє до відомчих закладів, а вже потім до цивільних лікарень у підпорядкуванні Міністерства охорони здоров'я України. Хоча у нормативних актах декларується єдиний медичний простір, однак наразі фінансування та підходи до організації надання реабілітації різняться залежно від підпорядкування ЗОЗ.

Зі слів респондентів-надавачів реабілітаційної допомоги, тривалість надання реабілітаційних послуг визначається фінансуванням, а не протоколами чи настановами. Відсутність затверджених на національному рівні протоколів щодо надання реабілітаційних послуг призводить до того, що надавачі послуг надають реабілітаційну допомогу по-різному і часто це не покриває потреби пацієнтів, зі слів споживачів послуг. Надавачі цивільної системи при цьому спираються на цикли реабіліта-

ції, запропоновані НСЗУ, а надавачі системи Міноборони спираються на пропускні спроможності у визначені обсягів реабілітаційної допомоги, яку можуть надати пацієнту. Для цивільних закладів охорони здоров'я обов'язковою умовою для отримання фінансування від НСЗУ є тривалість реабілітації не менше ніж 14 днів, що призводить до того, що надавачі використовують такий термін як константу – це створює негативні стимули для отримання необхідного обсягу реабілітаційних послуг відповідно до потреб пацієнта.

МАРШРУТ ВІЙСЬКОВОГО ПІСЛЯ ПОРАНЕННЯ Є ЧАСТО НЕЗРОЗУМІЛИМ АБО НЕЗРУЧНИМ ДЛЯ ПАЦІЄНТА

Споживачі реабілітаційних послуг повідомляли про те, що їм доводилося змінити кілька закладів під час лікування та в період реабілітації, часто в різних регіонах. Це відбувалося з незрозумілих для них причин і не забезпечувало реабілітації за потрібним напрямом. Зі слів респондентів-надавачів, якщо пацієнту-військовому була потрібна додаткова спеціалізована медична допомога і поточний ЗОЗ не міг її надати, лікуючий лікар або керівник відділу/закладу домовлявся з іншим ЗОЗ щодо переведення.

Рішення ВЛК – важлива складова частина маршруту пацієнта. Якщо за рішенням ВЛК військовий відбуває у відпустку без реабілітації, бо у постанові ВЛК не вказана необхідність реабілітації, у деяких випадках він змушений самостійно шукати фахівців з реабілітації та звертатися до приватних надавачів реабілітації, що завдає фінансових труднощів. Відповідно до

чинного нормативного регулювання, рішення ВЛК є обов'язковим до виконання, однак для проходження повторної ВЛК після лікування/реабілітації військовослужбовцю необхідно отримати направлення від військової частини, яка може не видати необхідне направлення, а повернути бійця в стрій.

На доступність реабілітаційної допомоги впливає поінформованість пацієнта про необхідність реабілітації. Результати опитування учасників як якісного, так і кількісного етапів дослідження свідчать про те, що військові і ветерани, які отримували реабілітацію, розуміли її значимість та мали очікування щодо результатів реабілітації для свого стану. Однак, обмеженням дослідження є те, що в ньому брали участь особи, які мали досвід отримання послуг реабілітації. Водночас досвід тих поранених, які не отримували реабілітаційної допомоги зовсім, нам не відомий.

Дехто з опитаних споживачів реабілітаційних послуг повідомив про труднощі з отриманням інформації щодо свого (або рідних) стану здоров'я і потреби в реабілітації у зрозумілий спосіб. Пацієнтів могли не повідомляти заздалегідь про заплановані переведення між закладами охорони здоров'я, іноді йшлося про випадки грубої або некоректної комунікації з боку медичного персоналу закладів. Респонденти-отримувачі відзначали нижчу задоволеність реабілітаційними послугами у військових госпіталях, ніж у цивільних лікарнях переважно через відсутність реабілітаційної допомоги у гострому періоді після поранення. Особливої уваги заслуговує неготовність фахівців надавати допомогу пацієнтам, які перебувають у важкому стані через поранення, як повідомили

опитані нами споживачі реабілітаційних послуг.

**МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНІ
РЕАБІЛІТАЦІЙНІ КОМАНДИ
ФОРМУЮТЬСЯ ВІДПОВІДНО ДО
НАЯВНИХ КАДРОВИХ РЕСУРСІВ
І ЦЕ НЕ ЗАВЖДИ ВІДПОВІДАЄ
ПОТРЕБАМ ПАЦІЄНТА**

Всі учасники якісного етапу дослідження повідомили про брак кадрового забезпечення реабілітації. Водночас формування кадрового забезпечення визначається вимогами до укладення договорів у цивільних закладах і штатними розписами у військових госпіталях, але при цьому не визначена потреба у кількості та співвідношенні фахівців та пацієнтів на національному рівні відповідно до потреб населення у реабілітації, які зростають.

Отримувачі реабілітаційних послуг повідомили про труднощі із пересуванням територіями закладів, де вони отримували допомогу. Зокрема вони відзначили, що частіше відчували незручності під час перебування у військових госпіталях ніж у цивільних. Серед найбільш проблемних зон

споживачі називають відсутність або несправність ліфтів, неінклюзивні санвузли та відсутність системи виклику персоналу.

**ДОСТУПНІСТЬ ДОПОМІЖНИХ
ЗАСОБІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ РІЗНА У
РІЗНИХ ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я**

Здебільшого наявність ДЗР залежить від співпраці надавачів послуг із волонтерами, які покривають потребу забезпечення пацієнтів під час перебування на стаціонарному лікуванні. Для постійного користування ДЗР після виписки військові або ветерани або забирають з собою ДЗР із лікарні або звертаються за допомогою в отриманні ДЗР до соціальних служб, волонтерів, друзів або знайомих.

Протезування потребує тривалої реабілітації та індивідуального підходу. Опитані респонденти повідомили про часті випадки повторних ампутацій або реампутацій, що подовжує період відновлення. На думку надавачів послуг, наявність стандартів могла б покращити ситуацію з протезуванням.

МОЗ

- долучитися до підготовки інформаційно-роз'яснювальних матеріалів щодо реабілітації та протезування
- підготувати інформацію щодо надавачів реабілітаційних послуг у доступній для отримувачів формі
- спільно з МОУ, МВС і КМС переглянути клінічні маршрути пацієнтів для зменшення кількості переведень поранених і забезпечення надання реабілітаційної допомоги за напрямом відповідно до потреб
- стимулювати дотримання маршрутів пацієнта після виписки зі стаціонару
- проводити регулярну оцінку потреб у фахівцях з реабілітації
- розробити систему підготовки та перепідготовки фахівців з реабілітації
- стандартизувати підходи до надання реабілітаційних послуг за напрямами розробивши протоколи/настанови з надання реабілітаційної допомоги за нозологіями
- розробити систему оцінки якості та моніторингу наданих реабілітаційних послуг
- розробити та впровадити систему довготривалого догляду (пожиттєвого) та реабілітації для осіб, що втратили функціональність та відновлення якої неможливе
- забезпечити підготовку фахівців охорони здоров'я в сфері комунікації з військовослужбовцями та ветеранами, які перебувають на лікуванні у закладах охорони здоров'я
- підвищити доступність ендопротезів для поранених на безоплатній основі

Рекомендації щодо подальших кроків для головних стейкхолдерів

МОУ, МВС

- долучитися до підготовки інформаційно-роз'яснювальних матеріалів щодо права військовослужбовця та ветерана на реабілітацію та протезування
- підвищити обізнаність лікарів, які входять до складу ВЛК, у питаннях реабілітації, а саме щодо критеріїв визначення потреби пацієнта у реабілітації із формуванням відповідних висновків
- спільно з МОЗ і КМС переглянути клінічні маршрути пацієнтів для зменшення кількості переведень поранених і забезпечення надання реабілітаційної допомоги за напрямом відповідно до потреб
- розробити систему соціального супроводу поранених військовослужбовців та їхніх родин (піклувальників) з боку військових частин
- оцінити потреби щодо кількості фахівців та в умовах недостатнього кадрового забезпечення, попередити відтік кадрів зі сфери реабілітації через їх мобілізацію
- підвищити інклюзивність підпорядкованих закладів охорони здоров'я

МІН- СОЦ- ПОЛІТИКИ

- забезпечити інформування отримувачів щодо можливостей безоплатного отримання ДЗР та протезування у доступній формі

МІН- ВЕТЕРА- НІВ

- забезпечити підтримку ветеранів, які звільнені з військової служби і втратили джерело доходу, але потребують реабілітації

Рекомендації щодо подальших кроків для головних стейкхолдерів

КМС

- спільно з МОУ, МВС і МОЗ переглянути клінічні маршрути пацієнтів для зменшення кількості переведень поранених і забезпечення надання реабілітаційної допомоги за напрямом відповідно до потреб
- підвищити інклюзивність підпорядкованих закладів охорони здоров'я
- стандартизувати підходи до надання реабілітаційних послуг із затвердженими МОЗ стандартами та протоколами
- забезпечити підготовку фахівців охорони здоров'я в сфері комунікації з військовослужбовцями та ветеранами, які перебувають на лікуванні у закладах охорони здоров'я
- забезпечити надання реабілітаційної допомоги у гострому і підгострому періодах лікування після поранення у підпорядкованих закладах

НСЗУ

- розрахувати вартість надання послуг з реабілітації за напрямами на основі стандартів, затверджених МОЗ і використати отриману інформацію при розрахунку тарифів на реабілітацію
- враховувати тривалість реабілітації після поранень з різного типу ушкодженнями під час формування тарифів
- моніторити дотримання прав пацієнтів на безоплатну реабілітаційну допомогу



Принцип