



Фізична культура і спорт

УДК 615.8:796.012.6:364.4-058.65(477)

DOI <https://doi.org/10.5281/zenodo.20584590>

ВЕТЕРАНИ ЯК ОСОБЛИВА КАТЕГОРІЯ СПОЖИВАЧІВ ПОСЛУГ НА РЕАБІЛІТАЦІЮ: КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ВИКЛИКИ ТА МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД

Свищ Я. С.

кандидат наук з фізичного виховання, професор,
ректор Львівського державного університету фізичної культури
імені Івана Боберського

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1573-8599>

Графський В. В.

лікар, судинний хірург,
м. Львів, Україна

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-4796-9077>

Прийнято: 09.04.2026 | Опубліковано: 30.03.2026

***Анотація.** Стаття присвячена клініко-функціональному та мультидисциплінарному аналізу ветеранів війни як особливої категорії споживачів послуг на реабілітацію в умовах повномасштабної війни та трансформації української системи охорони здоров'я відповідно до підходів Всесвітньої організації охорони здоров'я. Автори обґрунтовують тезу про те, що ветерани становлять клініко-функціонально та психосоціально унікальну групу, потреби якої не задовольняються стандартними реабілітаційними протоколами і вимагають інтегрованого біопсихосоціального підходу.*



Розкрито зміст Закону № 1053-IX про реабілітацію у сфері охорони здоров'я, побудованого на категорії обмеження повсякденного функціонування за Міжнародною класифікацією функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ), та провідну роль мультидисциплінарної реабілітаційної команди на чолі з лікарем фізичної та реабілітаційної медицини. Підстави особливості ветерана-споживача показано через клінічну тяжкість бойової травми (поліпатологія, високі та множинні ампутації, мінно-вибухові поранення із судинними ускладненнями, посттравматичний стресовий розлад, черепно-мозкові травми) і потребу в довготривалому поетапному реабілітаційному маршруті. Окрему увагу приділено клієнтоорієнтованій оптиці реабілітації (person-centred care), спільному цілепокладанню, інформованій згоді та оцінюванню функціонального результату за валідованими шкалами (FIM, індекс Бартел, SF-36). Інституційну архітектуру в Україні (Міністерство у справах ветеранів, Національна служба здоров'я України, заклади охорони здоров'я, центри адаптивної фізичної культури, місцеве самоврядування) розглянуто у зв'язку з масштабом попиту (1,3 млн ветеранів і прогноз до 5–6 млн осіб разом із родинами) та обсягами фінансування Програми медичних гарантій. На основі порівняльного аналізу моделей США (Veterans Health Administration), Великої Британії (Veteran Aware, Op COURAGE та Op RESTORE) й ініціативи BOOZ Rehabilitation 2030 сформульовано авторську позицію щодо переходу від кількісного нарощування процедур до моделі outcome-based реабілітації зі стандартизацією мультидисциплінарних команд і системною інтеграцією адаптивної фізичної культури як невід'ємного компонента реабілітаційного маршруту.

Ключові слова: ветерани війни; реабілітація; мультидисциплінарна команда; біопсихосоціальна модель; адаптивна фізична культура; функціональний результат; outcome-based rehabilitation; person-centred care.



VETERANS AS A SPECIAL CATEGORY OF CONSUMERS OF REHABILITATION SERVICES: CLINICAL-FUNCTIONAL CHALLENGES AND MULTIDISCIPLINARY APPROACH

Svyshch Ya. S.

PhD in Physical Education, Professor,

Rector of Ivan Bobersky Lviv State University of Physical Culture

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1573-8599>

Hraskyi V. V.

Medical Doctor, Vascular Surgeon,

Lviv, Ukraine

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-4796-9077>

Abstract. *The article presents a clinical-functional and multidisciplinary analysis of war veterans as a special category of rehabilitation service consumers in the context of full-scale war and the transformation of the Ukrainian healthcare system in line with World Health Organization approaches. The authors argue that veterans constitute a clinically, functionally and psychosocially unique group whose needs are not met by standard rehabilitation protocols and require an integrated biopsychosocial approach. The substance of Law No. 1053-IX on rehabilitation in healthcare is examined as a paradigm built upon the category of limitations of daily functioning under the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), together with the leading role of the multidisciplinary rehabilitation team headed by a physician of physical and rehabilitation medicine. The grounds for the veteran-consumer's particularity are shown through the clinical severity of combat trauma (polypathology, high and multiple amputations, mine-blast injuries with vascular complications, post-traumatic stress disorder, traumatic brain injuries) and the need for a long-term, stepwise rehabilitation pathway. Particular attention is paid to the*



client-oriented perspective of rehabilitation (person-centred care), shared goal-setting, informed consent and the measurement of functional outcomes through validated scales (FIM, Barthel Index, SF-36). The institutional architecture in Ukraine (Ministry of Veterans Affairs, National Health Service of Ukraine, healthcare institutions, adaptive physical culture centres, local self-government) is considered in connection with the scale of demand (1.3 million veterans and a forecast of 5–6 million people together with families) and the funding volumes of the Medical Guarantees Programme. Based on a comparative analysis of the US (Veterans Health Administration), UK (Veteran Aware, Op COURAGE and Op RESTORE) models and the WHO Rehabilitation 2030 initiative, the authors formulate a position on transitioning from quantitative scaling of procedures to outcome-based rehabilitation with standardisation of multidisciplinary teams and systemic integration of adaptive physical culture as an indispensable component of the rehabilitation pathway.

Keywords: war veterans; rehabilitation; multidisciplinary team; biopsychosocial model; adaptive physical culture; functional outcome; outcome-based rehabilitation; person-centred care.

Постановка проблеми

Повномасштабна війна перетворила реабілітацію в Україні з периферійного напрямку охорони здоров'я на критичну функцію системи, від якої залежить функціональне відновлення цілого покоління та повернення мільйонів громадян до активного життя. Якщо до 2022 року реабілітація ветеранів зводилася переважно до епізодичних санаторно-курортних програм, то вже станом на середину 2024 року в Єдиному державному реєстрі зареєстровано близько 1,3 млн ветеранів, а за оцінкою Міністерства у справах ветеранів після завершення бойових дій їх кількість разом із членами родин зросте до 5–6 млн осіб [14]. Кількість сеансів реабілітації, що оплачуються Національною службою здоров'я України, збільшилася з менш ніж 4000 до понад 12 000 на день, мережа законтракованих закладів зросла до 555 [15]. Послуга масштабується



вибуховими темпами, проте це породжує фундаментальне клінічне запитання: чи здатна система забезпечити не просто кількісне покриття процедурами, а реальне функціональне відновлення ветерана з його унікальним поєднанням бойових травм, поліпатології та психосоціальних викликів?

Клінічний портрет ветерана докорінно відрізняється від портрета усередненого пацієнта реабілітаційного відділення. Бойова політравма поєднує в одній особі високі та множинні ампутації, мінно-вибухові поранення з судинними ускладненнями, черепно-мозкові травми, тяжкі опіки та посттравматичний стресовий розлад, причому ці стани взаємно посилюються і не піддаються ізольованому лікуванню [4]. Стандартна біомедична парадигма, орієнтована на лікування окремого діагнозу, тут принципово недостатня: ветеран потребує одночасної роботи лікаря фізичної та реабілітаційної медицини, фізичного терапевта, ерготерапевта, психолога, протезиста-ортезиста, фахівця з адаптивної фізичної культури та, у разі судинних ускладнень, судинного хірурга. Біопсихосоціальна модель, закріплена Міжнародною класифікацією функціонування (МКФ) та Законом України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» від 3 грудня 2020 року № 1053-IX, теоретично відповідає на цей виклик, проте її практична реалізація вимагає мультидисциплінарних команд, доказових протоколів і – головне – системного вимірювання функціонального результату, чого українській системі сьогодні бракує [15; 23]. Сукупність клінічної тяжкості, психосоціальної вразливості та фактичної залежності від держави як основного фінансиста через Програму медичних гарантій робить ветерана клініко-функціонально унікальним споживачем і обґрунтовує потребу в окремій аналітичній рамці, що інтегрує клінічний, мультидисциплінарний і соціально-інтеграційний виміри.

Аналіз останніх досліджень і публікацій

Українська реабілітологія та споріднені дисципліни лише почали систематично осмислювати ветерана як самостійний предмет дослідження, і цей початок виявляє як здобутки, так і прогалини. О. А. Морозов (2024) показує, що



чинній системі бракує єдиного програмного документа й що норми розпорошені між галузевими актами, а це ускладнює формування цілісної державної політики реабілітації військовослужбовців [23]. А. В. Баско (2024) розкриває, як органи місцевого самоврядування реалізують реабілітаційну політику – передусім через розбудову інфраструктури та координацію соціальних і медичних послуг на рівні громад [25]. В. І. Теремецький і С. Г. Кельбя (2024) досліджують ширші питання організації соціального захисту військовослужбовців і фіксують структурні дефекти координації між суб'єктами [26]. А. О. Дутко (2024) аналізує зміст Закону № 1053-IX, який запровадив в Україні сучасну реабілітаційну парадигму, побудовану на МКФ і мультидисциплінарній команді [27]. К. Ніжейко та К. Ковалівська (2024) виявляють критичні точки невідповідності між українськими програмами реінтеграції ветеранів і зарубіжними клініко-організаційними стандартами [28].

Англомовний доробок, що формує концептуальну рамку клієнтоорієнтованої реабілітації, представлений насамперед систематичними оглядами, і кожен із них додає окремий аспект до загальної картини. А. Rose, A. Soundy та S. Rosewilliam (2017) доходять висновку, що повноцінно пацієнтоорієнтований процес спільного цілепокладання в реабілітації трапляється рідко, а домінують моделі, керовані терапевтом [7]. D. Yun та J. Choi (2019) фіксують позитивний вплив person-centred підходу на функціональну спроможність та задоволеність послугою, наголошуючи водночас на невисокій якості наявних досліджень [8]. Y.-K. Lin та співавтори (2017) показують, що інформаційна асиметрія залишається фундаментальним бар'єром доступу, який особливо гостро відчувають вразливі групи [6]. Якщо припустити, що ветерани з бойовими травмами належать до найвразливіших споживачів медичних послуг, то ці три огляди фактично описують систему перешкод, яку цей споживач зустрічає на шляху до якісної реабілітації.

Доробок щодо специфіки бойової травми засвідчує клінічну унікальність ветеранського контингенту й диктує мультидисциплінарну логіку



реабілітаційного маршруту. Опис випадку реабілітації українського військового з потрійною ампутацією після мінно-вибухової травми (2025) демонструє багатоетапність маршруту – від передпротезного до протезного періоду – і провідну координувальну роль лікаря фізичної та реабілітаційної медицини [4]. Дослідження 2022 року щодо самозвітної фізичної функції військових із бойовими ампутаціями нижніх кінцівок показує, що позитивний скринінг на ПТСР або депресію погіршує фізичну функцію навіть сильніше, ніж сам рівень ампутації, що підтверджує невіддільність психічної та фізичної складових [5]. S. M. Asch зі співавторами (2004) встановили, що пацієнти Veterans Health Administration отримують вищу якість допомоги за низкою показників: 67% проти 51% за загальним індексом якості й 72% проти 59% при хронічних хворобах [19]. Найбільший розрив зафіксовано саме там, де VHA має систему вимірювання функціонального результату. Міжнародні стандарти реабілітації концептуально оформлюють A. Rauch, S. Negrini та A. Cieza (2019), обґрунтовуючи методологію пакета реабілітаційних втручань BOO3 [29], а С. Sabariego зі співавторами (2023) аналізують резолюцію Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я про посилення реабілітації [30]. Аналітичний звіт Національних академій США (2018) фіксує, що інтегрована мережа VHA охоплює 1255 закладів та близько 9 млн зарахованих ветеранів [18]. Проблематика ветерана як споживача реабілітаційних послуг лежить на перетині кількох галузей – реабілітології, фізичної терапії, психології, адаптивної фізичної культури, організації охорони здоров'я – проте досі не отримала комплексного клініко-функціонального опрацювання в українській науці.

Формулювання цілей статті

Метою статті є комплексний клініко-функціональний та мультидисциплінарний аналіз ветерана як особливої категорії споживача реабілітаційних послуг та обґрунтування авторської моделі, яка інтегрує медичну, фізичну, психологічну, соціальну та адаптивно-фізкультурну складові у єдиний реабілітаційний маршрут. Для досягнення мети поставлено такі



дослідницькі завдання: дефініювати поняттєвий апарат теми через розмежування суміжних термінів (ветеран війни, реабілітація, абілітація, мультидисциплінарна реабілітаційна команда, біопсихосоціальна модель); розкрити клінічні й психосоціальні підстави особливості ветерана-споживача (поліпатологія бойової травми, психосоматична взаємозалежність, потреба в довготривалому поетапному маршруті); систематизувати інституційну архітектуру та механізми фінансування реабілітаційних послуг для ветеранів в Україні; зіставити вітчизняну модель із зарубіжним досвідом (США, Велика Британія, ВООЗ) та сформулювати пропозиції щодо переходу до моделі outcome-based реабілітації з обов'язковою інтеграцією адаптивної фізичної культури як невід'ємного компонента.

Виклад основного матеріалу

Поняттєво-категоріальний апарат теми постає на перетині кількох дисциплін і потребує точного розмежування вже на старті, позаяк неточність у термінах тягне за собою хибну організацію реабілітаційного маршруту. Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» від 22 жовтня 1993 року № 3551-XII визначає ветеранами війни осіб, які брали участь у захисті Батьківщини чи в бойових діях, і відносить до них три самостійні підкатегорії: учасників бойових дій, осіб з інвалідністю внаслідок війни та учасників війни [1]. З клінічної точки зору ці підкатегорії докорінно відрізняються за обсягом і структурою реабілітаційних потреб. Учасник бойових дій без інвалідності переважно потребує психологічної реабілітації, фізичної реадaptaції та програм реінтеграції, тоді як особа з інвалідністю внаслідок війни – повного комплексу медичної, фізичної, психологічної, соціальної та професійно-трудової складових під керівництвом лікаря фізичної та реабілітаційної медицини. Розмежування тут не суто формальне: воно прямо впливає на конструкцію індивідуального реабілітаційного плану, склад мультидисциплінарної команди, тривалість маршруту й набір валідованих шкал для оцінювання функціонального результату.



Зміст реабілітації розкриває спеціальний акт – Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» від 3 грудня 2020 року № 1053-IX, який є найважливішим парадигмальним зрушенням української реабілітології за останні десятиліття. Він визначає реабілітацію як комплекс заходів, потрібних особі, що зазнає або може зазнати обмеження повсякденного функціонування внаслідок стану здоров'я чи старіння у взаємодії зі своїм середовищем [2]. Ключова інновація – відмова від суто діагнозоцентричної логіки на користь категорії обмеження повсякденного функціонування за Міжнародною класифікацією функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ), що становить реалізацію біопсихосоціальної моделі ВООЗ. Закон запроваджує мультидисциплінарну реабілітаційну команду на чолі з лікарем фізичної та реабілітаційної медицини, до складу якої входять фізичний терапевт, ерготерапевт, логопед, протезист-ортезист, психолог, медична сестра з реабілітації, а в разі потреби – фахівець з адаптивної фізичної культури і вузькі клінічні спеціалісти (для ветеранів з ампутаціями та судинними ускладненнями – судинний хірург). Запроваджено індивідуальний реабілітаційний план, реабілітаційні періоди (гострий, післягострий, довготривалий) і принцип доказовості [2]. Поряд із реабілітацією Закон оперує абілітацією – формуванням функцій, яких особа раніше не мала, що для дорослих ветеранів є рідкісним, але концептуально важливим розрізненням. Видається обґрунтованим стверджувати, що саме мультидисциплінарна команда, а не окремий фахівець, є базовою організаційною одиницею сучасної реабілітації ветерана.

Описана нормативна архітектура зумовлює, що ветеранська реабілітація мусить розгортатися одночасно в трьох взаємопов'язаних вимірах, які ми пропонуємо назвати тривимірною моделлю реабілітаційних потреб ветерана. Перший вимір – медико-функціональний: купірування болю, ведення поліпатології (зокрема судинних ускладнень після високих ампутацій), фізична терапія, ерготерапія, протезування й ортезування з подальшою функціональною адаптацією до протеза. Другий вимір – психосоціальний: терапія



посттравматичного стресового розладу, депресії, тривожних розладів, відновлення сну, когнітивно-поведінкові втручання, родинна та групова психологічна підтримка. Третій вимір – соціально-інтеграційний: професійно-трудова реабілітація, освіта й перенавчання, адаптивна фізична культура й спорт, відновлення соціальних зв'язків. Поєднання трьох вимірів не є теоретичною надмірністю: воно показує, що ветеран одночасно перебуває в кількох траєкторіях відновлення, і прогалина в одному вимірі (наприклад, нелікований ПТСР) одразу гальмує прогрес в інших (фізична функція не покращується, попри коректну фізичну терапію). Якщо припустити, що достатньо звести реабілітацію до одного виміру, то одразу виникає проблема: суто медична модель не охоплює психосоціальної динаміки, суто психологічна не дає тілесного відновлення, а суто соціальна – не вирішує клінічних завдань.

Підстави, з яких ветеран постає саме особливою категорією споживача реабілітаційних послуг, лежать передусім у природі бойової травми. Російсько-українська війна спричинила різке зростання складних політравм: високих та множинних ампутацій, мінно-вибухових поранень із судинними ускладненнями, черепно-мозкових травм, що супроводжуються затримками евакуації та інфекційними ускладненнями [4]. Поліпатологія тут радше правило, ніж виняток: ампутація поєднується з черепно-мозковою травмою, хронічним болем, порушеннями сну, посттравматичним стресовим розладом, а в багатьох випадках – із судинною патологією, що потребує тривалої терапії та постійного моніторингу. Психічна й фізична складові невіддільні: позитивний скринінг на ПТСР або депресію погіршує самозвітну фізичну функцію навіть сильніше, ніж сам рівень ампутації [5]. Це дає підстави ввести аналітичний концепт – клінічно обумовлена реабілітаційна нездатність: стан, у якому об'єктивні медичні обставини (біль, когнітивне порушення, ПТСР, постампутаційні фантомні відчуття) знижують здатність ветерана активно брати участь у власній реабілітації – навчатися, виконувати вправи, дотримуватися протоколу. Класична модель пацієнта, який раціонально слідує рекомендаціям, тут не



працює: реабілітаційний маршрут має враховувати моменти емоційного декомпенсації, періоди болю, потребу в повторних мотиваційних інтервенціях. До цього додається фактична залежність від рішень військово-лікарських комісій, медико-соціальної експертизи, наявності електронного направлення та того, чи має заклад договір із Національною службою здоров'я. У підсумку маршрут ветерана структурно складніший, ніж у звичайного пацієнта реабілітаційного відділення, а реабілітаційне вікно після травми обмежене в часі – затримка на місяці означає втрату функціонального потенціалу.

Визначивши категоріальний апарат і клінічні підстави особливості, доцільно перейти до моделі реабілітаційного процесу, яка адекватна цій складності. Біопсихосоціальна модель, що лежить в основі МКФ, відмовляється від ізольованого розгляду тілесних, психічних і соціальних компонентів на користь їх інтеграції в єдиний процес функціонального відновлення. Концепція *person-centred care*, що виросла з принципу «жодного рішення про мене без мене», у реабілітації працює насамперед через спільне визначення цілей і спільне ухвалення рішень, як свідчать систематичні огляди [7; 8]. Для ветерана це принципово: інформована згода, право обирати модальності реабілітації (від класичної фізичної терапії до адаптивних видів спорту), безперервність догляду на переходах між рівнями допомоги та дієві механізми зворотного зв'язку перетворюють абстрактну доступність послуги на реальну якість. Особлива роль належить адаптивній фізичній культурі: для ветеранів з ампутаціями, нейром'язовими порушеннями чи хронічним посттравматичним болем регулярні заняття адаптивним спортом виходять за межі допоміжної терапії й стають інструментом повернення до активного соціального життя. Інституційно цей напрям в Україні розвивається передусім на базі Львівського державного університету фізичної культури імені Івана Боберського та інших фахових закладів вищої освіти, а також через мережу регіональних центрів і громадських організацій ветеранського спорту. Видається обґрунтованим стверджувати, що адаптивна фізична культура має бути не факультативною надбудовою, а

структурним елементом індивідуального реабілітаційного плану від самого початку маршруту.

Інституційна архітектура реабілітації ветеранів в Україні є багаторівневою і саме тому фрагментованою, що можна простежити вже за маршрутом, схематизованим на рис. 1.

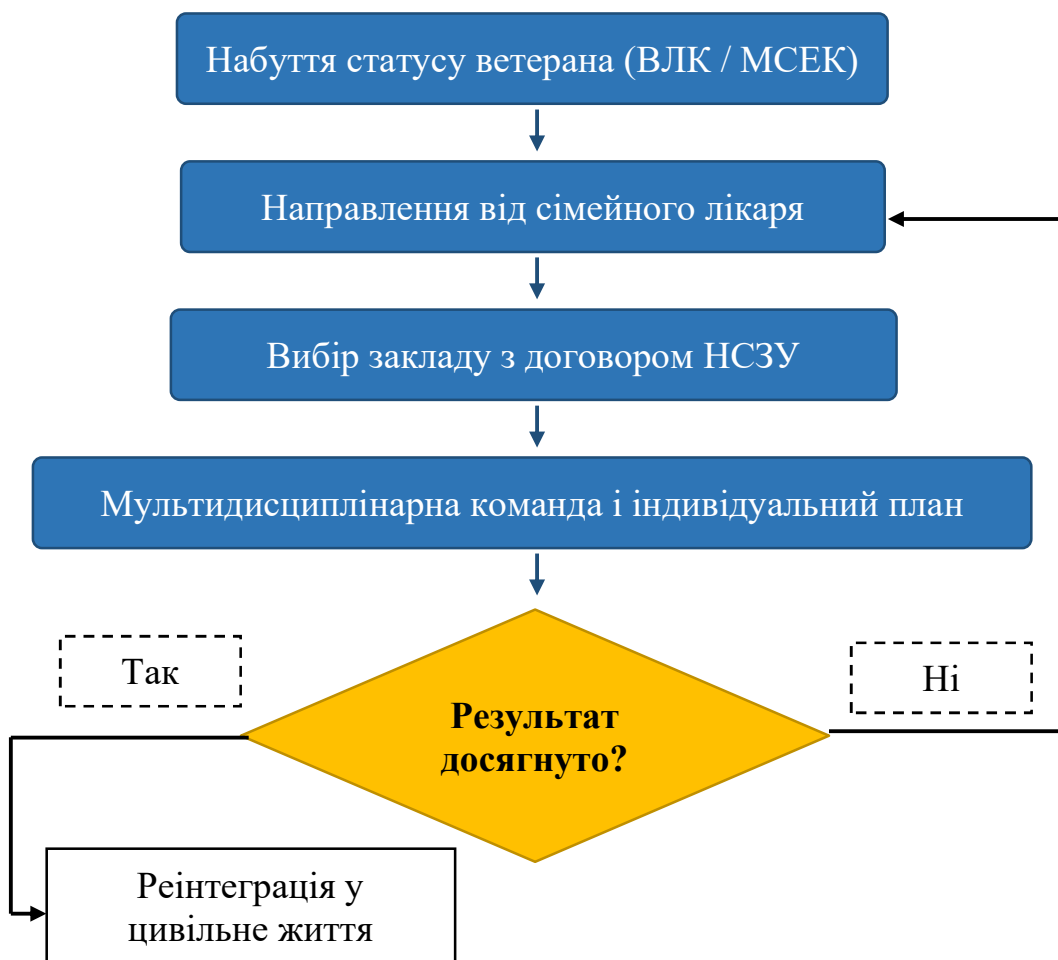


Рис. 1. Маршрут ветерана як споживача в системі реабілітаційних послуг

Джерело: розроблено автором

Ветеранську політику формує Міністерство у справах ветеранів України, яке веде Єдиний державний реєстр ветеранів війни, запустило цифрові сервіси (посвідчення в «Дії», розділ «Ветеран PRO», е-Карту послуг у громадах) та координує програми психологічної реабілітації [9]. Медичну реабілітацію



фінансує Національна служба здоров'я України через Програму медичних гарантій за двома пакетами (стаціонарним і амбулаторним), причому покриття прив'язане не до діагнозу, а до обмежень повсякденного функціонування за МКФ [10]. Маршрут отримувача будується довкола сімейного лікаря як вхідних воріт: за пакетом первинної допомоги ветеран отримує електронне направлення, після чого самостійно обирає заклад із числа законтракованих НСЗУ [11; 12]. Соціальні послуги й частину повноважень із формування мережі закладів держава передала органам місцевого самоврядування, а протезування й допоміжні засоби реабілітації – окремим бюджетним програмам через Фонд соціального захисту осіб з інвалідністю [3]. Адаптивна фізична культура й спорт для ветеранів реалізуються через мережу спеціалізованих закладів вищої освіти (зокрема ЛДУФК ім. І. Боберського), регіональних центрів та громадських організацій, проте їх системна інтеграція в індивідуальний реабілітаційний план досі залишається радше винятком, ніж нормою. Координація між зазначеними ланками й досі не відлагоджена: із 92 тисяч сімей ветеранів, які отримували соціальні послуги, майже 40% звернень – це запити на консультацію та інформацію [13], тобто люди банально не орієнтуються в системі, що свідчить про розрив між декларованою мультидисциплінарністю та реальною спроможністю ветерана-споживача.

Описану архітектуру доцільно візуалізувати як багаторівневу систему координації (*Схема 1. Інституційна архітектура реабілітації ветеранів*). Верхній рівень утворюють стратегічні суб'єкти: Кабінет Міністрів України як нормотворець і координатор, Міністерство у справах ветеранів як центральний орган ветеранської політики, МОЗ як регулятор системи охорони здоров'я. Середній рівень – операційний: Національна служба здоров'я України укладає договори з надавачами, Фонд соціального захисту осіб з інвалідністю забезпечує протезування й допоміжні засоби реабілітації, органи місцевого самоврядування створюють соціальну інфраструктуру в громадах. Нижній рівень – надавачі: заклади охорони здоров'я (стаціонарні й амбулаторні), реабілітаційні центри з



мультидисциплінарними командами на чолі з лікарем фізичної та реабілітаційної медицини, протезно-ортопедичні підприємства, центри адаптивної фізичної культури та спорту для ветеранів, центри надання соціальних послуг у громадах. Горизонтальні зв'язки між надавачами мінімальні, що пояснює, чому ветеран часто виступає самостійним «координатором» власного маршруту, хоча за клієнтоорієнтованою моделлю цю функцію має виконувати кейс-менеджер мультидисциплінарної команди.

Масштаб попиту робить злагожденість критичною. На середину 2024 року Україна обліковує близько 1,3 млн ветеранів і родин, причому орієнтовно 80% становлять мобілізовані – учорашні цивільні, що докорінно змінює портрет отримувача послуги [13]. Обсяги реабілітації зростають стрімко: кількість сеансів на день збільшилася з менш ніж 4000 у 2022 році до понад 12 000 у 2024-му, а число законтракованих НСЗУ закладів – із менш ніж 200 у 2022 році до 555 [15]. Фінансування відповідно зростає: бюджет Програми медичних гарантій 2024 року становив понад 159 млрд грн [16], а у 2025-му зріс до понад 175,5 млрд грн, із яких близько 6 млрд грн спрямовано на медичну реабілітацію [15]. За підсумками 2024 року НСЗУ виплатила надавачам за реабілітаційними пакетами майже 5 млрд грн (понад 2,7 млрд грн стаціонарно і понад 1,9 млрд грн амбулаторно) [17]. Для ветеранів із множинними ампутаціями кількість стаціонарних циклів збільшено до 26 на рік [10]. Водночас зростання кількості не дорівнює зростанню якості: експерти вказують на відсутність централізованого моніторингу результатів за міжнародними шкалами (FIM, індекс Бартел, SF-36) і сумніваються, скільки з 555 закладів реально впроваджують доказові протоколи [15]. Це явище ми пропонуємо називати outcome-сліпою моделлю: система навчилася рахувати входи (сеанси, заклади, бюджети), але фактично не вимірює результат (зміну функціонального стану ветерана).



Таблиця 1. Порівняння моделей реабілітації ветеранів: США, Велика Британія, Україна

Критерій	США (VHA)	Велика Британія	Україна
Інституційна модель	Окрема інтегрована мережа Департаменту у справах ветеранів: 1255 закладів, ~9 млн зарахованих ветеранів; єдина управлінська вертикаль від федерального рівня до окремого закладу [18]	Вбудовування у загальну NHS через акредитацію Veteran Aware; спеціалізовані маршрути Or RESTORE та Or COURAGE [20]	Розпорошена між Мінветеранів, МОЗ, НСЗУ, місцевим самоврядуванням; єдиний координатор відсутній
Вимірювання результату	Систематичне: FIM, SF-36, індекси якості; культура вимірювання з 1990-х; 67% за загальним індексом якості проти 51% у загальнонаціональній вибірці [19]	Мінімум два обов'язкові показники результату на кожен реабілітаційний проєкт [20]	Фактично відсутнє на системному рівні; жоден із 555 законтракованих закладів не зобов'язаний публікувати функціональні результати [15]
Роль ветерана як споживача	Enrolled veteran обирає серед закладів VHA; Patient Advocate у кожному закладі для розгляду скарг	Veterans Gateway як єдина точка входу; право вибору постачальника в межах NHS	Електронне направлення від сімейного лікаря; формальне право вибору закладу; реальний доступ обмежений кількістю законтракованих надавачів [12]
Ключова проблема	Тривалі черги на спеціалізовану допомогу; бюрократична складність	Низька обізнаність цивільних лікарів щодо ветеранської специфіки	Outcome-сліпа модель: орієнтація на кількість процедур, а не на функціональний результат; фрагментація координації між ланками [15; 23]

Джерело: складено автором на основі [15; 18; 19; 20; 23]

Порівняльний аналіз, узагальнений у таблиці 1, засвідчує, що кожна з розглянутих моделей має системні обмеження, проте ключова відмінність пролягає у ставленні до вимірювання результату. Veterans Health Administration у складі Департаменту у справах ветеранів США – найбільша інтегрована мережа охорони здоров'я країни, яка будує допомогу довкола принципу пацієнтоцентричності, командних моделей (РАСТ, ВНІР) та психосоціальної реабілітації [18]. Велика Британія обрала модель вбудовування ветерана у загальну Національну службу здоров'я через акредитацію Veteran Aware,



спеціалізовані маршрути Op RESTORE (фізичне здоров'я) та Op COURAGE (психічне здоров'я), а також проєкт реабілітації ветеранів із мінімум двома показниками результату й орієнтацією на повну професійну реабілітацію [20]. Аналітичний огляд міжнародної практики реінтеграції, підготовлений для Міністерства у справах ветеранів, наголошує, що ключові проблеми в Україні стосуються не браку законодавства, а доступу до послуг і плутанини ветеранів щодо того, на що вони можуть розраховувати [21]. На рівні ВООЗ орієнтиром є ініціатива Rehabilitation 2030 та резолюція Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я 2023 року про посилення реабілітації, що вимагає інтегрованих, доступних і доказових послуг та сильної мультидисциплінарної команди [22]. Спільний знаменник усіх розглянутих моделей – орієнтація на outcome-based care, тобто оплата й оцінювання за досягнутим функціональним результатом, а не за кількістю наданих процедур.

Запропоновану outcome-based модель доцільно формалізувати у вигляді замкненого циклу (*Схема 2. Outcome-based модель фінансування та оцінювання реабілітації ветеранів*). Перший елемент циклу – стандартизація: надавач реабілітаційних послуг проходить акредитацію за критеріями доказовості (відповідність протоколам NICE, Cochrane, рекомендаціям ВООЗ), кадрової спроможності (мінімальний склад мультидисциплінарної команди) та інфраструктурної достатності. Другий – контрагування: НСЗУ укладає договір, який фіксує не лише тарифи за пакетом, а й обов'язкові показники функціонального результату (FIM, індекс Бартел, SF-36 або інші валідовані шкали). Третій – реабілітаційний цикл: команда здійснює втручання за індивідуальним планом, вимірює стан на вході, проміжних точках і на виході. Четвертий – публічна звітність: заклад оприлюднює агреговані показники результативності, що дає ветерану (і його родині) реальний інструмент вибору. П'ятий – зворотний зв'язок: дані про результати впливають на подальше контрагування (бонуси за високу результативність, коригуючі заходи або



відмова від продовження договору). Замкнутість циклу забезпечує безперервне вдосконалення.

Виклики воєнного часу й гармонізація з підходами ВООЗ задають рамку, у якій Україні доведеться одночасно масштабувати систему й утримувати функціональну якість. Національна стратегія ветеранської політики на період до 2030 року та операційний план до неї передбачають розбудувати інклюзивні мультифункціональні ветеранські простори за єдиним стандартом і вдосконалити інфраструктуру відповідно до підходів НАТО [24]. Гармонізація з ЄС і ВООЗ означає передусім стандартизацію складу та компетенцій мультидисциплінарних команд, упровадження доказових протоколів і запровадження вимірювання результату за міжнародними шкалами, чого системі сьогодні бракує [15]. Авторська позиція полягає в тому, що баланс має зміщуватися від кількісного нарощування процедур до якісного оцінювання функціональної зміни: держава зобов'язана гарантувати доступ і фінансування через Програму медичних гарантій, але всередині цієї гарантії ветеран повинен діяти як активний учасник власної реабілітації – обирати модальності, бачити результати закладів, оцінювати власний прогрес за валідованими шкалами. Інтеграція адаптивної фізичної культури в індивідуальний реабілітаційний план – не факультативна надбудова, а структурний елемент, що забезпечує тривалу функціональну стабільність і повноцінне повернення ветерана до соціального життя; саме в цьому інтегрованому клініко-функціональному поєднанні лежить життєздатна українська модель реабілітації.

Висновки

Ветеран війни є особливою категорією споживача реабілітаційних послуг не за символічним статусом, а за об'єктивними клініко-функціональними та психосоціальними підставами: його стан характеризується поліпатологією бойових травм, психосоматичною взаємозалежністю, тривалим відновлювальним вікном і необхідністю мультидисциплінарного супроводу впродовж усіх трьох реабілітаційних періодів – гострого, післягострого й



довготривалого. До нього незастосовна модель усередненого пацієнта, який раціонально обирає між варіантами лікування, і ця незастосовність – клінічний факт, а не риторична фігура. Запропонована у статті тривимірна модель реабілітаційних потреб ветерана – одночасне поєднання медико-функціонального, психосоціального та соціально-інтеграційного вимірів – дає максимальний обсяг реабілітаційного потенціалу й закриває прогалини, які неминуче залишає будь-яка вузькодисциплінарна модель.

Українська система за останні роки здійснила парадигмальний ривок – від фактичної відсутності сучасної реабілітації до Закону № 1053-IX, побудованого на біопсихосоціальній моделі та МКФ, фінансування через Програму медичних гарантій, цифрових сервісів Міністерства у справах ветеранів і Національної стратегії до 2030 року. Головна слабкість цієї моделі полягає у фрагментованості координації та орієнтації на кількість замість функціонального результату: система рахує сеанси, заклади та витрачені мільярди, але майже не вимірює реальну зміну функціонального стану ветерана за валідованими міжнародними шкалами. Зарубіжний досвід – інтегрована мережа Veterans Health Administration у США з культурою вимірювання результативності та вбудована британська модель Veteran Aware з обов'язковими показниками результату на кожен реабілітаційний проєкт – підказує напрям руху до клініко-функціональної ефективності.

Стратегічний пріоритет для України очевидний: перехід від outcome-сліпого нарощування процедур до outcome-based реабілітації, де фінансування, акредитація постачальників і права ветерана-споживача зав'язані на досягнутий функціональний результат. Це вимагає трьох узгоджених кроків: запровадження обов'язкового вимірювання результату за валідованими шкалами (FIM, індекс Бартел, SF-36 та їхніми аналогами); стандартизації мультидисциплінарних команд із системною інтеграцією адаптивної фізичної культури як невід'ємного компонента індивідуального реабілітаційного плану; запровадження єдиного координатора (кейс-менеджера) маршруту ветерана між медичною, фізично-



реабілітаційною, психологічною, соціальною та протезною ланками. Якщо частка закладів із підтвердженням упровадження доказових протоколів і публічною звітністю за функціональними шкалами лишатиметься низькою, а частка інформаційно-консультаційних звернень родин не падатиме, це сигналізуватиме, що система все ще керує входами, а не результатами. Тоді гарантія доступу і стандарт якості перестануть конкурувати й почнуть працювати на одну мету – повернення ветерана до повноцінного активного життя через інтегрований клініко-функціональний маршрут.

Список використаних джерел

1. Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту : Закон України від 22.10.1993 № 3551-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3551-12>
2. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я : Закон України від 03.12.2020 № 1053-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20>
3. Про соціальні послуги : Закон України від 17.01.2019 № 2671-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19>
4. Comprehensive rehabilitation of a serviceman with triple limb amputation following combat polytrauma: a case study from Ukraine's wartime context. *Wiadomości Lekarskie*. 2025. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11971939/>
5. The relationship between self-reported physical functioning, mental health, and quality of life in service members after combat-related lower extremity amputation. *Disability and Rehabilitation*. 2022. Vol. 44, No. 13. P. 3189–3196. DOI: <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1863481>
6. Lin Y.-K. et al. Transparency of mandatory information disclosure and concerns of health services providers and consumers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2017. Vol. 14, No. 2. P. 182. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5295304/>
7. Rose A., Soundy A., Rosewilliam S. Shared decision making within goal setting in rehabilitation settings: a systematic review. *Patient Education and Counseling*. 2017. Vol. 100, No. 1. P. 65–75. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.030>



8. Yun D., Choi J. Person-centered rehabilitation care and outcomes: a systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 2019. Vol. 93. P. 74–83. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.012>
9. Міністерство у справах ветеранів України : офіційний вебсайт. URL: <https://mva.gov.ua/>
10. Доказова реабілітація в рамках Програми медичних гарантій. Міністерство у справах ветеранів України. URL: <https://mva.gov.ua/veteranam/dokazova-reabilitatsiya-v-ramkah-programi-medichnih-garantiy>
11. Які послуги можуть отримати ветерани і ветеранки у сімейного лікаря. Міністерство у справах ветеранів України. URL: <https://mva.gov.ua/presenter/category/86-novini/yaki-poslugi-mozhut-otrimati-veterani-i-veteranki-u-simejnogo-likarya>
12. МОЗ інформує, як отримати послуги з реабілітації. Кабінет Міністрів України. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/moz-informuie-iak-otrymaty-posluhy-z-reabilitatsii>
13. В Україні 1 мільйон 300 тисяч ветеранів: як їх підтримують. Суспільне. URL: <https://suspilne.media/798951-v-ukraini-1-miljon-300-tisac-veteraniv-ak-ih-pidtrimuut/>
14. Після завершення війни кількість ветеранів зросте до 5–6 мільйонів осіб. Економічна правда. URL: <https://epravda.com.ua/news/2024/05/27/714276/>
15. Реабілітація – нова золота жила держбюджету. MedOboz. URL: <https://med.oboz.ua/ukr/medical/reabilitatsiya-nova-zolota-zhila-derzhbyudzhetu.htm>
16. З 1 січня починає діяти Програма медичних гарантій на 2024 рік. Кабінет Міністрів України. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/z-1-sichnia-pochynaie-diiaty-prohrama-medychnykh-harantii-na-2024-rik>
17. З початку року держава профінансувала послуги з реабілітації на понад три мільярди гривень. Кабінет Міністрів України. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/z-pochatku-roku-derzhava-profinansovala-posluhy-z-reabilitatsii-na-ponad-try-mlrd-hryven>



18. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Patient-centered care and the veteran experience. *Evaluation of the Department of Veterans Affairs Mental Health Services*. Washington : National Academies Press, 2018. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499505/>
19. Asch S. M., McGlynn E. A., Hogan M. M. et al. Comparison of quality of care for patients in the Veterans Health Administration and patients in a national sample. *Annals of Internal Medicine*. 2004. Vol. 141, No. 12. P. 938–945. DOI: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-141-12-200412210-00010>
20. Veterans Rehabilitation Project. Veterans Covenant Healthcare Alliance, NHS England. URL: <https://veteranaware.nhs.uk/veterans-rehabilitation-project/>
21. Review of international practice in the reintegration of veterans: considerations for Ukraine in the war and post-war context. UNDP, 2025. URL: <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2025-11/ua-undp-veteran-reintegration-report-eng.pdf>
22. Rehabilitation 2030 initiative. World Health Organization. URL: <https://www.who.int/initiatives/rehabilitation-2030>
23. Морозов О. А. Адміністративно-правове регулювання реабілітації військовослужбовців. *Право та державне управління*. 2024. № 4. С. 644–650. URL: https://pdu-journal.kpu.zp.ua/archive/4_2024/91.pdf
24. Про схвалення Стратегії ветеранської політики на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2024–2027 роках : розпорядження Кабінету Міністрів України від 29.11.2024 № 1209-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-skhvalennia-stratehii-veteranskoii-polityky-na-period-do-2030-roku>
25. Баско А. В. Реалізація органами місцевого самоврядування державної політики у сфері реабілітації військовослужбовців. *Київський часопис права*. 2024. № 1. С. 99–106. DOI: <https://doi.org/10.32782/klj/2024.1.13>
26. Теремецький В. І., Кельбя С. Г. Адміністративно-правове регулювання соціального захисту військовослужбовців в Україні. *Наукові записки. Серія:*



Право. 2024. № 16. С. 253–259. DOI: <https://doi.org/10.36550/2522-9230-2024-16-253-259>

27. Дутко А. О. Правове регулювання реабілітації в сфері охорони здоров'я. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право*. 2024. Т. 84, № 1. С. 266–271. URL: <https://visnyk-juris-uzhnu.com/wp-content/uploads/2024/09/41.pdf>

28. Ніжейко К., Ковалівська К. Реінтеграція ветеранів у цивільне життя: міжнародний досвід та особливості в Україні. *Економіка та суспільство*. 2024. № 67. DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2024-67-161>

29. Rauch A., Negrini S., Cieza A. Toward strengthening rehabilitation in health systems: methods used to develop a WHO package of rehabilitation interventions. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2019. Vol. 100, No. 11. P. 2205–2211. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2019.06.002>

30. Sabariego C., Khan R., Bickenbach J. et al. Advancing the World Health Assembly's landmark resolution on strengthening rehabilitation in health systems. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2023. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10548396/>