

СТРАТЕГІЧНІ ЗАКУПІВЛІ НСЗУ ЯК ДРАЙВЕР ТРАНСФОРМАЦІЇ ЛЮДСЬКОГО КАПІТАЛУ СИСТЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ**NHSU STRATEGIC PURCHASING AS A DRIVER OF HUMAN CAPITAL TRANSFORMATION IN THE REHABILITATION SYSTEM UNDER MARTIAL LAW****Василів В. Б.¹, Безтелесна Л. І.¹, Пляшко О. С.²**¹Національний університет водного господарства та природокористування, м. Рівне, Україна²Рівненський державний гуманітарний університет, м. Рівне, Україна

ORCID: 0000-0003-4152-3345

ORCID: 0000-0002-0262-9334

ORCID: 0000-0001-7202-1036

Vasylyiv V. B.¹, Beztelesna L. I.¹, Pliashko O. S.²¹National University of Water and Environmental Engineering, Rivne, Ukraine²Rivne State University of Humanities, Rivne, Ukraine**Анотації**

Вступ. В умовах воєнного стану реабілітаційна система України стикається з подвійним викликом: стрімким зростанням попиту на послуги відновлення та критичним дефіцитом кваліфікованих кадрів. **Мета дослідження** – вивчення механізму стратегічних закупівель НСЗУ, шляхом контракування пакетів реабілітаційної допомоги, як ключового драйвера збереження і розвитку людського капіталу системи в умовах воєнного стану. **Матеріали та методи дослідження.** Емпіричну базу склали агреговані дані електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) та аналітичні дашборди НСЗУ за 2023–2025 роки щодо пакету № 53 «Реабілітаційна допомога в стаціонарних умовах». Застосовано методи системного підходу, фінансового моніторингу та компаративного аналізу на трьох рівнях: національному (загальні тренди), регіональному (Рівненська область як тиловий хаб) та інституційному (заклад-лідер, що працює з випадками найвищої складності SR1). **Результати дослідження.** У роботі дослідження людського капіталу реабілітаційної системи побудовано на перетині трьох дискурсів: теорії стійкості людських ресурсів у конфліктних зонах, контракування як інструменту збереження і розвитку людського капіталу та емпіричних досліджень професійного вигорання мультидисциплінарних команд. Встановлено, що саме контракти НСЗУ за пакетом №53 базуються на вимогах формування мультидисциплінарних реабілітаційна команда (МДРК) і стандартів, які модернізують кадрову структура українських реабілітаційних закладів, що обумовило прояв феномену «кадрового перегріву» та високу конкуренцію за фахівців. Ідентифіковано критичні проблеми кадрової кризи в галузі: структурний дефіцит вузьких спеціалістів, гендерний дисбаланс і фактор мобілізації, «канібалізацію» кадрів і регіональної диференціації, професійне вигорання та інтенсивність праці. Здійснено аналіз динаміки фінансування реабілітаційної допомоги в Україні та Рівненській області. Виявлено специфічну структуру реабілітаційних послуг у регіоні, які визначають кадрові стратегії. Проаналізовано діяльність КП «Рівненський обласний клінічний госпіталь», який обрав стратегію глибокої спеціалізації, перетворившись із багатопрофільної лікарні на потужний реабілітаційний хаб і поетапну еволюцію його менеджменту. Виокремлено ключові тренди у збереженні і розвитку людського капіталу: нарощування «клінічного ядра», реактивне посилення середньої ланки, управлінську гнучкість. Доведено, що закупівлі НСЗУ шляхом контракування медичних пакетів запустило процес внутрішньої міграції кадрів від менш спроможних лікарень до фінансово успішних центрів. Встановлено, що за період 2023–2025 рр. система охорони здоров'я області втратила 412,85 штатних одиниць (-2,26%), що пов'язано з міграцією, мобілізацією та оптимізацією мережі. В той же час зростання штату закладу-лідера склало +13,6%. Виявлені диспропорції у фінансуванні та кадровій динаміці відповідають логіці ефекту Матвія (Matthew effect), який у дослідженнях систем охорони здоров'я описує механізм кумулятивної переваги: заклади, що мають початкову фінансову та організаційну спроможність, здатні акумулювати непропорційно більший обсяг ресурсів у подальшому. У даному випадку це проявляється через концентрацію фінансування за складними випадками (SR1) та подальше перетікання кадрового потенціалу до фінансово успішних реабілітаційних хабів. Проілюстровано на приклад закладу-лідера, що механізм контракування НСЗУ діє як інвестиційний мультиплікатор. Заклад-лідер, отримуючи фінансування за складні випадки, забезпечив зростання зарплати лікарів на 43,1 % та середнього персоналу на 25,2 %, тоді як на регіональному рівні зарплати медичних сестер знизилися на 1,9 %. Високі тарифи за складність (SR1) не просто покривають витрати, а створюють ресурс для розвитку людського капіталу – наймання дефіцитних фахівців, що дозволяє госпіталю розривати замкнене

Received: 04 February 2026. Accepted: 24 April 2026. Available online: 30 April 2026

© 2026. Vasylyiv V. B., Beztelesna L. I., Pliashko O. S.

Rehabilitation and Recreation. ISSN 2786-8354 (Online) | ISSN 2786-8346 (Print)

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted reuse, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

коло «немає кадрів – немає контракту» і виходити на траєкторію стійкого зростання, тоді як пасивні гравці ринку втрачають позиції.

Висновки. Механізми стратегічних закупівель НСЗУ трансформували принцип фінансування з «гроші йдуть за пацієнтом» на «гроші йдуть за командою». Високі вимоги до інтенсивності терапії (3 години/добу) та наявності вузьких спеціалістів створюють центри досконалості, але формують ризики кадрового дисбалансу для периферійних громад. Для вирівнювання ситуації рекомендовано введення «освітнього коефіцієнта» для хабів, що готують фахівців, та впровадження програм профілактики професійного вигорання.

Ключові слова: стратегічні закупівлі, реабілітаційна система, людський капітал, НСЗУ, мультидисциплінарна команда, воєнний стан, оплата праці.

Introduction. Under martial law, Ukraine's rehabilitation sector faces a dual challenge: a rapid increase in demand for recovery services and a critical shortage of qualified personnel. The study aims to analyze the impact of strategic purchasing mechanisms employed by the National Health Service of Ukraine (NHSU) on the transformation of the organizational and human capital capacity of the rehabilitation network. The main goal is to determine how tariff incentives (specifically complexity coefficients) and contracting requirements reshape human capital management strategies, hiring processes, and remuneration. The study tests the hypothesis that the Medical Guarantee Program requirements act as a catalyst for the transition from extensive staff recruitment to the formation of highly qualified multidisciplinary teams.

Materials and Methods. This study of human capital in the rehabilitation system is grounded at the intersection of three discourses: the theory of human resource sustainability in conflict zones, contracting as a tool for preserving and developing human capital, and empirical research on professional burnout among multidisciplinary teams. It has been established that it is precisely the NSZU contracts under Package No. 53 that are based on the requirements for forming multidisciplinary rehabilitation teams (MDRT) and standards that modernize the staffing structure of Ukrainian rehabilitation facilities, which has led to the phenomenon of “staffing overheating” and intense competition for specialists. Critical issues of the staffing crisis in the sector have been identified: a structural shortage of narrow specialists, gender imbalance and the mobilization factor, “cannibalization” of staff and regional differentiation, professional burnout, and work intensity. An analysis of the dynamics of funding for rehabilitation care in Ukraine and the Rivne region was conducted. The specific structure of rehabilitation services in the region, which determines staffing strategies, was identified. The activities of the Rivne Regional Clinical Hospital, a public enterprise that adopted a strategy of deep specialization, transforming from a general hospital into a powerful rehabilitation hub, and the phased evolution of its management were analyzed. Key trends in the preservation and development of human capital were identified: strengthening the “clinical core,” reactive reinforcement of the middle management level, and managerial flexibility. It has been established that the National Health Service of Ukraine (NSZU) contracts under Package No. 53 are based on requirements for the formation of multidisciplinary rehabilitation teams. It has been demonstrated that the NSZU's procurement of medical packages through contracting has triggered a process of internal staff migration from less financially viable hospitals to financially successful centers. It has been established that during the 2023–2025 period, the region's healthcare system lost 412.85 full-time equivalents (-2.26%), which is associated with migration, mobilization, and network optimization. At the same time, the leading institution's staff increased by +13.6%. The identified disparities in funding and staffing dynamics align with the logic of the Matthew effect, which in healthcare system studies describes a mechanism of cumulative advantage: institutions with initial financial and organizational capacity are able to accumulate a disproportionately larger volume of resources in the future. In this case, this manifests through the concentration of funding for complex cases (SR1) and the subsequent flow of personnel to financially successful rehabilitation hubs. The example of the leading facility illustrates that the National Health Service of Ukraine's (NSZU) contracting mechanism acts as an investment multiplier. By receiving funding for complex cases, the leading facility ensured a 43.1% increase in doctors' salaries and a 25.2% increase for support staff, while at the regional level, nurses' salaries decreased by 1.9%. High complexity-based rates (SR1) do not merely cover costs but create a resource for human capital development – hiring.

Results. It was established that NHSU contracting acted as a regulatory driver for the formation of multidisciplinary teams. The analysis revealed a distinct “concentration effect” (Matthew effect): against the background of a general staff reduction in the region by 2.26% (due to migration and mobilization), the leading facility increased its staff by 13.6%, accumulating human capital. A direct correlation between contracting success and remuneration levels was proven: the leading facility, receiving funding for complex cases, ensured a 43.1% increase in doctors' salaries and a 25.2% increase for nursing staff, while at the regional level, nurses' salaries decreased by 1.9%. This stimulates internal migration of personnel from the periphery to financially successful hubs.

Conclusions. NHSU strategic purchasing mechanisms have transformed the financing principle from “money follows the patient” to “money follows the team.” High requirements for therapy intensity (3 hours/day) and the presence of narrow specialists create centers of excellence but pose risks of personnel imbalances for peripheral communities. To balance the situation, it is recommended to introduce an “educational coefficient” for hubs training specialists and to implement professional burnout prevention programs.

Keywords: strategic purchasing, rehabilitation system, human capital, NHSU, multidisciplinary team, martial law, remuneration.

Вступ. За умов воєнного стану реабілітаційна система зіткнулася з небувалим подвійним завданням: стрімким зростанням потреби у відновлювальних послугах та значним дефіцитом кваліфікованого

персоналу. Руйнування медичної інфраструктури супроводжується не менш загрозливими процесами – міграцією фахівців, мобілізацією медичних працівників до лав ЗСУ та професійним вигоранням. За таких обставин людський капітал стає найвразливішим елементом системи охорони здоров'я, що визначає її здатність функціонувати у довгостроковій перспективі [23].

Реформа фінансування за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» та впровадження Програми медичних гарантій (ПМГ) докорінно змінили підходи до управління людським капіталом галузі. Якщо раніше штатний розпис формувався за адміністративно-командним принципом, то з 2023 року жорсткі вимоги НСЗУ до наявності мультидисциплінарних команд (лікарів ФРМ, фізичних терапевтів, ерготерапевтів) стали головним фільтром доступу закладів до фінансування. Контрактування в межах ПМГ еволюціонує від адміністративного механізму до інструменту економічного регулювання поведінки надавачів медичних послуг.

Водночас у науковій літературі вплив контрактування розглядається переважно крізь призму фінансової стійкості закладів або клінічної ефективності. Питання того, як саме тарифні стимули та кваліфікаційні вимоги платника (НСЗУ) впливають на стратегії управління людським капіталом, а саме процесів найму, рівня оплати праці та формування реальних, а не «паперових» реабілітаційних команд у тилкових та прифронтових регіонах, залишається недостатньо вивченим.

Метою статті є вивчення механізму стратегічних закупівель НСЗУ, шляхом контрактування пакетів реабілітаційної допомоги, як ключового драйвера збереження і розвитку людського капіталу системи в умовах воєнного стану. Дослідження базується на гіпотезі, що вимоги ПМГ виступили каталізатором збереження і розвитку людського капіталу та переходу від екстенсивного набору персоналу до формування висококваліфікованих мультидисциплінарних реабілітаційних команд (МДРК), здатних забезпечувати інтенсивну терапію. У роботі деталізовано організаційно-кадровий компонент моделі спроможності на прикладі національної статистики та регіонального кейсу Рівненської області.

Матеріали та методи. Дослідження базується на аналізі агрегованих статистичних даних, що характеризують діяльність Національної служби здоров'я України (НСЗУ) у сфері фінансування реабілітаційної допомоги. Основним джерелом інформації слугували офіційні дані НСЗУ, які відображають динаміку укладених договорів, обсяги фінансування та структуру надавачів медичних послуг за пакетом медичних послуг № 53 «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах» у 2023–2025 роках [5].

Методи дослідження: статистичний аналіз, порівняльний метод, контент-аналіз нормативних документів НСЗУ, системний підхід.

Дослідження проведено на трьох аналітичних рівнях:

Національний рівень – система охорони здоров'я України загалом, що дозволило оцінити

загальнонаціональні тенденції фінансування реабілітаційної допомоги та кадрової динаміки.

Регіональний рівень – Рівненська область, розглянута як приклад тилового регіону-хабу з високою концентрацією реабілітаційних пацієнтів в умовах воєнного стану.

Інституційний рівень – окремий комунальний заклад охорони здоров'я, ідентифікований як *заклад-лідер* у сфері стаціонарної реабілітації.

Заклад-лідер визначено на основі сукупності таких критеріїв:

стабільне контрактування за пакетом № 53 упродовж 2023–2025 років;

найбільший обсяг фінансування стаціонарної реабілітаційної допомоги серед закладів регіону;

наявність сформованої мультидисциплінарної реабілітаційної команди;

спроможність надання реабілітаційної допомоги пацієнтам із випадками найвищої складності (SR1).

Застосування багаторівневого підходу дозволило комплексно оцінити вплив механізмів контрактування НСЗУ на збереження і розвиток людського капіталу реабілітаційної мережі та виявити структурні диспропорції між різними рівнями системи охорони здоров'я.

Дослідження має обмеження, пов'язані з використанням агрегованих адміністративних даних, що не дозволяє робити причинно-наслідкові висновки на індивідуальному рівні.

Результати дослідження. Теоретичний базис дослідження людського капіталу реабілітаційної системи в умовах війни формується на перетині трьох наукових дискурсів: теорії стійкості людських ресурсів у конфліктних зонах, концепції стратегічних закупівель як інструменту управління поведінкою провайдерів та емпіричних досліджень професійного вигорання мультидисциплінарних команд [11, 14].

1. Стійкість людського капіталу в умовах конфлікту. У сучасній науковій літературі кадри розглядаються як головний детермінант стійкості системи охорони здоров'я. Дослідження доводять, що в умовах зтяжних конфліктів критичним фактором є не стільки фізична інфраструктура, скільки здатність персоналу адаптуватися до хронічного стресу [21, 22].

Війна в Україні призвела до потроєння втрат серед медиків та загострення дефіциту кадрів, особливо у сільській місцевості та прифронтових зонах, що вимагає нових підходів до управління. Праці іноземних авторів визначають "адаптивне управління персоналом" як ключову компетенцію для виживання системи [10, 16].

2. Контрактування як інструмент збереження і розвитку людського капіталу. Механізм впливу фінансових стимулів на структуру персоналу розглядається в межах теорії "стратегічних закупівель". Дослідження свідчать, що платник (у даному випадку НСЗУ) може ефективно регулювати ринок праці через вимоги до специфікацій: встановлення жорстких критеріїв щодо наявності вузьких спеціалістів змушує лікарні інвестувати в освіту та найм, трансформуючи штатний розпис швидше, ніж адміністративні накази [18, 20]. Водночас звіт FEPS вказує на ризики децентралізації в Україні: виявлено напругу між НСЗУ (замовником) та

адміністраціями лікарень, які, отримавши кошти, часто економлять саме на зарплатах персоналу, що підриває мотивацію [12].

3. Специфіка реабілітаційних команд та професійне вигорання в Україні. Сучасні українські дослідження свідчать про зростання рівня професійного вигорання серед фізичних терапевтів та лікарів ФРМ, що пов'язано з поєднанням високої інтенсивності пацієнтопотоків, роботи з пацієнтами з бойовими травмами та обмежених можливостей психологічної підтримки персоналу [3, 13].

Таким чином, існуючий масив літератури підтверджує наявність кореляції між моделями фінансування та кадровою стабільністю, однак бракує комплексного аналізу того, як саме контракти за пакетом № 53 змінили структуру зайнятості в тилкових регіонах-хабах.

Програма медичних гарантій на 2024–2025 роки визначає пакет № 53 «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах» як пріоритетний напрям фінансування, що передбачає надання високоінтенсивної терапії пацієнтам у гострому та післягострому періодах. На відміну від попередніх періодів, коли контракування базувалося на декларативному принципі, чинні вимоги Національної служби здоров'я України (НСЗУ) формують жорсткий фільтр доступу до ринку, перетворюючи кадрові нормативи на ключовий індикатор спроможності закладу [7].

Вимоги до контракування за пакетом № 53 можна структурувати за трьома критичними блоками, кожен з яких безпосередньо впливає на HR-стратегію надавача послуг.

Фундаментальною умовою отримання договору є наявність сформованої МДРК, яка працює на постійній основі. Специфікація пакету встановлює чіткі кількісні пороги, які не допускають сумісництва на ключових посадах для забезпечення необхідної інтенсивності терапії. Мінімальні вимоги включають:

- Лікарі фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ): не менше 2 осіб, які забезпечують координацію реабілітаційного процесу та складання індивідуального плану.
- Фахівці з реабілітації: не менше 3 фізичних терапевтів та не менше 2 ерготерапевтів. Ця вимога є критичною, оскільки саме ці спеціалісти забезпечують основний обсяг втручань (моторний контроль, відновлення побутових навичок).
- Психологічний супровід: обов'язкова наявність у команді лікарів-психологів, психотерапевтів або клінічних психологів, що зумовлено високою поширеністю ПТСР та бойових психічних травм серед пацієнтів.
- Терапевти мови й мовлення: залучення цих фахівців є обов'язковим для закладів, що претендують на роботу з пацієнтами після інсультів та черепно-мозкових травм.

Така структура команди вимагає від менеджменту закладу переходу від моделі «штатного заповнення вакансій» до моделі активного цільового залучення та утримання дефіцитних фахівців, здатних працювати в синергії.

Специфікація пакету № 53 запроваджує стандарт надання послуг, що базується на Міжнародній

класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ). Ключовою вимогою, що визначає навантаження на персонал, є забезпечення мінімум 3 годин інтенсивної реабілітаційної терапії на добу для кожного пацієнта. Це означає, що при повному завантаженні відділення (наприклад, 20–40 ліжок) наявна кількість терапевтів повинна фізично забезпечити сотні годин індивідуальної роботи щодня. Невиконання цієї умови, яке легко відстежується через електронну систему охорони здоров'я (ЕСОЗ), є підставою для розірвання договору або накладання штрафних санкцій.

Фінансовий механізм пакету № 53 стимулює заклади залучати персонал найвищої кваліфікації. Застосування підвищувальних коефіцієнтів за складність випадку (SR1 – найвища складність, травми спинного мозку, важкі ЧМТ; SR2 – висока складність) дозволяє збільшити базову ставку (21 тис. грн) у 1,6–2,1 рази. Однак робота з категоріями SR1–SR2 вимагає від персоналу спеціальних компетенцій: вміння працювати з роботизованими системами відновлення ходьби, вертикалізаторами, системами розвантаження ваги тіла, а також навичок профілактики ускладнень у маломобільних пацієнтів.

Таким чином, вимоги ПМГ за пакетом № 53 вступають не лише технічним регламентом, а й інструментом стратегічного управління галуззю.

Вимоги ПМГ формують структурний дисбаланс попиту і пропозиції на ринку праці фахівців з реабілітації. Це змушує заклади охорони здоров'я конкурувати за фахівців, інвестувати в їхнє безперервне навчання та створювати умови праці, що відповідають високому рівню психофізичного навантаження. Ті заклади, які розглядають ці вимоги лише як адміністративний бар'єр, ризикують втратити фінансову стійкість, тоді як проактивні гравці використовують їх як дорожню карту для розбудови центрів досконалості.

Щоб зрозуміти глибину кадрової трансформації, спричиненої контракуванням НСЗУ, доцільно порівняти чинні вимоги пакету № 53 з попередньою національною практикою та актуальними міжнародними протоколами (табл. 1).

До початку активної фази медичної реформи (до 2020 р.) та повномасштабної війни, кадрова структура українських реабілітаційних закладів базувалася на застарілій «санаторно-курортній» моделі. Контракування НСЗУ стало інструментом примусової модернізації цієї системи [1, 8, 9].

Цей зсув створив ситуацію, коли на ринку праці раптово знецінились компетенції «традиційних» фізіотерапевтів (апаратна фізіотерапія) і виник гострий дефіцит фахівців з відновлення функціональності (ерготерапевтів), які раніше були відсутні в штатному розписі лікарень [4;6].

Вимоги НСЗУ не є унікальним вітчизняним винаходом, а базуються на адаптації рекомендацій ВООЗ ("Rehabilitation 2030") та досвіду країн, що мають тривалу історію роботи з бойовою травмою.

Таблиця 1

Еволюція вимог до персоналу реабілітаційних відділень

Критерій порівняння	Традиційна модель (до 2020 р.)	Вимоги ПМГ (пакет № 53, 2024–2025)
Ключова одиниця	Лікар-фізіотерапевт + медсестра з масажу / фізіопроцедур	Мультидисциплінарна реабілітаційна команда (МДРК)
Основні фахівці	Інструктор ЛФК (часто з середньою освітою), масажист	Фізичний терапевт, ерготерапевт (магістри)
Роль лікаря	Домінантна (призначає процедури)	Координаційна (лікар ФРМ очолює команду, але цілі ставить пацієнт)
Інтенсивність роботи	Пасивні втручання (електрофорез, ванни), 30–45 хв/день	Активна терапія, не менше 3 годин на добу
Оцінка результату	Суб'єктивна ("покращення стану")	Об'єктивна (шкали МКФ, індивідуальний план)

Таблиця 2

Порівняльна динаміка фінансування реабілітаційної допомоги (2023–2025 рр.)

Показник / Рівень аналізу	2023	2024	2025	Темп приросту (2025 до 2023), %
УКРАЇНА (загалом), млн. грн.	4 114,6	4 876,6	6 658,0	+61,8%
— Пакет № 53 (стаціонар)	2 471,0	3 380,4	4 491,0	+81,7%
— Пакет № 54 (амбулаторно)	1 643,6	1 496,2	2 167,0	+31,8%
РІВНЕНСЬКА, млн. грн.	116,9	180,2	239,9	+105,3%
— Пакет № 53 (стаціонар)	94,1	161,3	204,7	+117,6%
— Пакет № 54 (амбулаторно)	22,8	18,9	35,2	+54,4%
АНАЛІТИЧНІ ІНДИКАТОРИ				
Частка області в Україні, %	2,84%	3,70%	3,60%	—
Річний темп приросту області, %	—	+54,2%	+33,1%	—
Річний темп приросту України, %	—	+18,5%	+36,6%	—

Дослідження ізраїльської системи реабілітації ветеранів свідчать, що ключовим фактором повернення до активного життя є рання інтенсивна інтервенція [19]. Вимога НСЗУ щодо 3 годин терапії на день фактично імплементує цей стандарт. В Ізраїлі та США (у системі Veterans Affairs) інтенсивна стаціонарна реабілітація також передбачає мінімум 3 години терапії 5–6 днів на тиждень. Це підтверджує, що український пакет № 53 орієнтований на світові стандарти "Acute Inpatient Rehabilitation".

ВООЗ наголошує, що реабілітація має бути інтегрована в систему охорони здоров'я, а не існувати відокремлено [24]. Вимога НСЗУ про наявність МДРК у загальних багатопрофільних лікарнях (кластерних та надкластерних) відповідає стратегії ВООЗ щодо наближення послуг до пацієнта. Крім того, введення посади терапевта мови та мовлення до переліку вимог є прямим наслідком впровадження міжнародних протоколів лікування інсультів та ЧМТ.

Вимоги до контракування за пакетом № 53 виконують функцію "нормативного ліфта", який підтягує кадрову структуру українських лікарень до рівня західних стандартів.

Однак, якщо в країнах ЄС та Ізраїлі ця структура формувалася десятиліттями, то в Україні вимоги ПМГ змусили заклади пройти цю еволюцію екстерном за 2–3

роки (2023–2025). Це пояснює феномен «кадрового перегріву» та високу конкуренцію за фахівців.

Запровадження посиленних кадрових вимог НСЗУ суттєво підвищило управлінське навантаження на керівництво закладів охорони здоров'я в умовах обмеженого ринку праці воєнного часу [2].

Можна виділити чотири групи критичних проблем, які визначають кадрову кризу в галузі.

1. Структурний дефіцит вузьких спеціалістів.

Якщо фізичних терапевтів українські ЗВО випускають вже понад десятиліття, то підготовка ерготерапевтів та логопедів для дорослих (афазіологів) довгий час була фрагментарною.

2. Гендерний дисбаланс та фактор мобілізації.

Реабілітація традиційно є сферою з високою часткою чоловіків (особливо серед фізичних терапевтів та лікарів ФРМ), що робить команди вразливими до мобілізаційних процесів.

3. «Канібалізація» кадрів та регіональна диференціація.

Концентрація кадрів у закладах лідерах призводить до вимивання кваліфікованих кадрів з периферії.

4. Професійне вигорання та інтенсивність праці.

Вимога НСЗУ щодо забезпечення мінімум 3 годин інтенсивної терапії на добу для кожного пацієнта створює надмірне навантаження на персонал. Робота зі

складними випадками (ампутації, ПТСР, важкі ЧМТ рівня SR1) вимагає високої емпатії. Висока інтенсивність пацієнтотоку підвищує ризик професійного вигорання персоналу мультидисциплінарних команд.

Фінансова стійкість закладів охорони здоров'я в умовах війни виступає фундаментом для розбудови інших компонентів спроможності, насамперед – кадрового. Аналіз динаміки контракування за пакетом № 53 «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах» у 2023–2025 роках свідчить про радикальну зміну пріоритетів бюджетування: від утримання ліжко-місць до оплати складності випадку та інтенсивності роботи команди.

На рівні держави механізм фінансування через Програму медичних гарантій виконує функцію економічного стимулу для підвищення кваліфікації персоналу. Застосування коригувальних коефіцієнтів за складність випадку (SR – Severity Rating) створило пряму залежність між рівнем компетенцій лікарів та доходами закладу.

Базова ставка за пролікований випадок (понад 19,7 тис. грн у 2023–2024 рр.) суттєво зростає при роботі з важкими травмами. Заклади, здатні забезпечити реабілітацію пацієнтів з ураженнями спинного мозку чи важкими черепно-мозковими травмами (SR1), отримують максимальне фінансування (коефіцієнт ~2–2,5), що дозволяє формувати конкурентний фонд оплати праці.

За даними НСЗУ, попри ріст кількості законтракованих надавачів (+33% у 2024 р.), лівова частка фінансового ресурсу концентрується у потужних кластерних та надкластерних закладах («ефект масштабу»). Це дозволяє їм акумулювати інвестиційний ресурс для закупівлі роботизованого обладнання, на якому навчаються працювати ерготерапевти.

Аналіз даних по Рівненській області демонструє ще вищу адаптивність регіональної системи. Темпи приросту фінансування реабілітації в області суттєво випередили загальнонаціональні показники (табл. 2).

Загальне фінансування реабілітаційних пакетів в області зросло на 105,3% (проти 61,8% по Україні), а за пакетом № 53 – на рекордні 117,6%.

Така диспропорція пояснюється статусом області як стратегічного «тилового хабу», який прийняв значну частку евакуйованих поранених та ВПО. Зростання середньої вартості одного договору на 50,8% свідчить про те, що лікарні регіону почали брати в роботу складніші випадки, що автоматично збільшило вимоги до кваліфікації персоналу.

Фінансовий аналіз виявив специфічну структуру ринку реабілітаційних послуг у регіоні, яка визначає кадрові стратегії:

1. Концентрація капіталу: понад 80% усього бюджету реабілітації області акумулюють 11 провідних закладів (із 24 надавачів). Це створює фінансову прірву між потужними кластерними лікарнями та периферійними закладами.

2. Монополія комунального сектору: приватні надавачі отримали лише 0,93% від загального обсягу законтракованих коштів за стаціонарним пакетом. Це робить комунальні лікарні безальтернативним роботодавцем для фахівців з реабілітації, нівелюючи конкуренцію з боку приватного бізнесу.

Механізм стратегічних закупівель НСЗУ спрацював як інструмент «природного відбору»: фінансовий ресурс отримали лише ті заклади, які змогли забезпечити виконання вимог щодо наявності мультидисциплінарних команд. Різка збільшення фінансування (+117,6% в області) створило економічне підґрунтя для наступного кроку – конвертації фінансового капіталу в людський, що буде проаналізовано на рівні закладу-лідера.

Аналіз динаміки розвитку закладу-лідера (КП «Рівненський обласний клінічний госпіталь») за 2023–2025 роки ілюструє механізм перетворення фінансових стимулів НСЗУ на реальну організаційну спроможність. Заклад обрав стратегію глибокої спеціалізації, перетворившись із багатoproфільної лікарні на потужний реабілітаційний хаб [15].

Структурний аналіз доходів госпіталю (табл. 3) свідчить про те, що стаціонарна реабілітація стала основним джерелом доходів установи.

У 2023 році фінансування за пакетом № 53 (32,45 млн грн) вже у 2,4 рази перевищувало доходи від терапевтичного напрямку. За період 2023–2025 років дохід за цим пакетом зріс на 65,3% (до 53,63 млн грн), а його частка у структурі провідних пакетів стабільно перевищує 58%.

Така динаміка дозволила менеджменту пройти три етапи еволюції:

1. Етап «Прориву» (2023): Стратегічна ставка на реабілітацію як основний профіль.

2. Етап «Масштабування» (2024): Отримання коефіцієнтів складності (SR1) за лікування важких бойових травм, що забезпечило різке зростання фінансування (+59%).

3. Етап «Стабілізації» (2025): Вихід на «плато» доходів (53,63 млн грн на 2025 рік), що свідчить про досягнення межі фізичної пропускну здатності інфраструктури.

Таблиця 3

Трансформація структури фінансування закладу-лідера (2023–2025 рр.) млн. грн.

Пакет послуг (Назва та код)	2023	2024	2025	Темп росту 2025/2023
№ 53 (Реабілітація стаціонарна)	32,45	51,71	53,63	+65,3 %
№ 4 (Терапія стаціонарна)	13,45	27,23	27,70	+105,9 %
№ 3 (Хірургія стаціонарна)	4,43	9,51	10,54	+137,9 %
Частка пакету № 53 у Топ-3	64,5 %	58,5 %	58,4 %	—

Таблиця 4

Динаміка змін людського капіталу закладу-лідера (2023–2025 рр.) (штат. од.)

Категорія персоналу	2023	2025	Абсолютний приріст	Темп приросту
Лікарі (в т.ч. ФРМ)	38,00	46,00	+8,00	+21,1 %
Середній медперсонал	102,00	118,25	+16,25	+15,9 %
Молодший медперсонал	82,25	96,25	+14,00	+17,0 %
Усього персоналу	327,25	371,75	+44,50	+13,6 %

Таблиця 5

Порівняльна динаміка кадрового потенціалу (2023–2025 рр.) (штат. од.)

Категорія персоналу	Рівень аналізу	2023	2025	Абсолютна зміна (Δ)	Темп приросту, %
Лікарі (в т.ч. ФРМ)	Регіональний Рівненська обл.	3 156,1	3 173,5	+17,40	+0,55 %
	Інституційний Заклад-лідер	38,0	46,0	+8,00	+21,05 %
Середній медперсонал	Регіональний	7 272,5	7 026,15	-246,35	-3,39 %
	Інституційний	102,0	118,25	+16,25	+15,93 %
Усього персоналу	Регіональний	18 269,8	17 856,9	-412,85	-2,26 %
	Інституційний	327,25	371,75	+44,50	+13,60 %

Отриманий фінансовий ресурс було інвестовано у розширення штату (табл. 4), що є критично важливим для виконання вимоги НСЗУ щодо надання мінімум 3 годин інтенсивної терапії на добу.

Загальна чисельність персоналу закладу за два роки зросла на 13,6% (з 327 до 371 од.), що контрастує із загальним скороченням кадрів у регіоні.

Ключові тренди у збереженні і розвитку людського капіталу:

- Нарощування «клінічного ядра» (+21,1%): Кількість лікарів (в т.ч. ФРМ) зросла з 38 до 46 осіб. Це дозволило забезпечити цілодобовий супровід пацієнтів із найвищим рівнем важкості (SR1), що, в свою чергу, генерує підвищений тариф.

- Реактивне посилення середньої ланки (+15,9%): Зростання кількості медичних сестер та асистентів у 2025 році (до 118 од.) стало відповіддю на збільшення навантаження по догляду за маломобільними пацієнтами.

- Управлінська гнучкість: Динаміка керівного складу (скорочення у 2024 р. та розширення у 2025 р.) свідчить про адаптивність оргструктури під нові завдання.

Приклад закладу-лідера доводить гіпотезу дослідження: механізм контракування НСЗУ діє як інвестиційний мультиплікатор. Високі тарифи за складність (SR1) не просто покривають витрати, а створюють ресурс для розвитку людського капіталу – наймання дефіцитних фахівців. Це дозволило госпіталю розірвати замкнене коло «немає кадрів – немає контракту» і вийти на траєкторію стійкого зростання, тоді як пасивні гравці ринку втрачають позиції.

Порівняльний аналіз кадрової динаміки на рівні Рівненської області та окремого закладу-лідера (КП «Рівненський обласний клінічний госпіталь») за 2023–2025 роки виявив глибокі структурні диспропорції. В той

час як спеціалізований реабілітаційний хаб демонструє випереджаюче зростання, регіональна система охорони здоров'я загалом показує ознаки кадрової рецесії.

Дані свідчать про те, що контракування НСЗУ запустило процес внутрішньої міграції кадрів від менш спроможних лікарень до фінансово успішних центрів.

За досліджуваний період система охорони здоров'я області втратила 412,85 штатних одиниць (-2,26%), що пов'язано з міграцією, мобілізацією та оптимізацією мережі. В той же час зростання штату закладу-лідера склало +13,6%. Виявлені диспропорції у фінансуванні та кадровій динаміці відповідають логіці ефекту Матвія (Matthew effect), який у дослідженнях систем охорони здоров'я описує механізм кумулятивної переваги: заклади, що мають початкову фінансову та організаційну спроможність, здатні акумулювати непропорційно більший обсяг ресурсів у подальшому. У даному випадку це проявляється через концентрацію фінансування за складними випадками (SR1) та подальше перетікання кадрового потенціалу до фінансово успішних реабілітаційних хабів.

Деталізація кадрових змін (табл. 5) дозволяє оцінити масштаби «перетікання» фахівців:

1. Монополізація лікарського приросту: У масштабах області кількість лікарів зросла лише на 17,4 ставки (+0,55%). При цьому заклад-лідер збільшив свій штат на 8,0 ставок (+21,05%). Фактично, 46% (майже половина) усього "чистого" приросту лікарського потенціалу області припала на один цей госпіталь. Це свідчить про концентрацію інтелектуального ресурсу в одній точці.

2. Криза середнього персоналу на периферії: Найбільш тривожна ситуація склалася з медсестрами. Область втратила 246,35 ставки (-3,39%), тоді як госпіталь-хаб збільшив їх кількість на 16,25 ставки (+15,93%). Периферійні заклади втрачають середній

медперсонал, який критично необхідний для догляду, тоді як хаб, завдяки кращим умовам праці, здатен не лише утримувати, а й нарощувати цей ресурс.

Контрактування за пакетом № 53 діє як потужний селекційний фільтр. Воно не створює нові кадри «з повітря» в умовах демографічної кризи, а перерозподіляє наявний людський капітал на користь найефективніших комунальних закладів. Приватний сектор, маючи частку ринку менше 1%, не є значущим конкурентом. Концентрація кадрового потенціалу в закладах-хабах супроводжується відтоком кваліфікованих фахівців з периферійних лікарень, що підвищує ризики зниження територіальної доступності реабілітаційної допомоги.

В умовах ринкової моделі фінансування заробітна плата в системі охорони здоров'я трансформувалася з фіксованої бюджетної ставки в інвестицію, яку заклад робить у збереження свого людського капіталу. Трирівневий порівняльний аналіз (Україна – Регіон – Заклад-лідер) дозволяє виявити пряму кореляцію між успішністю контрактування за пакетом № 53 та рівнем матеріального забезпечення персоналу.

Аналіз середньомісячних доходів персоналу (табл. 6) демонструє суттєву диференціацію, яку створює механізм НСЗУ. Заклад-лідер, який акумулював ресурси через складні реабілітаційні пакети (SR1), забезпечує рівень оплати праці, що значно перевищує середні показники.

Демонструють суттєву диференціацію темпів зростання середньомісячної заробітної плати медичного персоналу залежно від рівня аналізу дані у табл. 6. На національному рівні у 2023–2025 роках спостерігається помірне зростання оплати праці керівників структурних підрозділів (+1,7 %) та лікарів (+1,3 %), що свідчить про обмежену динаміку доходів у системі загалом.

Водночас на регіональному рівні (Рівненська область) темпи зростання є вищими, особливо серед керівників структурних підрозділів (+12,1 %) та лікарів (+5,4 %), що відображає підвищене навантаження на систему охорони здоров'я тилового регіону.

Найвищі темпи приросту зафіксовано на інституційному рівні у закладі-лідері, де зростання заробітної плати лікарів становило +43,1 %, керівників структурних підрозділів – +21,2 %, а середнього медичного персоналу – +25,2 %. Така динаміка вказує на

концентрацію фінансових ресурсів у закладах з високою контрактною спроможністю та їхню підвищену здатність до утримання й залучення кадрового потенціалу.

Для середнього медичного персоналу на національному рівні у 2023–2025 роках зафіксовано мінімальне зростання середньомісячної заробітної плати (+0,6 %), що свідчить про фактичну стагнацію доходів цієї категорії в системі охорони здоров'я загалом. Водночас на регіональному рівні (Рівненська область) спостерігається негативна динаміка (–1,9 %), тоді як у закладі-лідері зафіксовано суттєве зростання оплати праці (+25,2 %), що підкреслює асиметричний характер розподілу фінансових ресурсів між рівнями системи.

Крім прямого фінансового виміру, високий рівень офіційної заробітної плати у комунальних хабах виконує функцію соціального стабілізатора, особливо в умовах воєнного стану. Державні заклади-лідери, маючи статус критично важливих підприємств, пропонують пакет «висока офіційна зарплата + бронювання». Поєднання відносно високого рівня офіційної заробітної плати та соціальних гарантій формує високий рівень інституційної утримувальної мотивації персоналу в державному секторі.

Варто зазначити зворотний бік високої оплати праці. Зростання зарплат у закладі-лідері відбувається на тлі вимоги забезпечення мінімум 3 годин інтенсивної терапії щодня.

Співвідношення зростання навантаження та зростання зарплати не завжди є пропорційним. Якщо фінансова мотивація (+10-12% до ринку) не буде підкріплена заходами психологічного розвантаження, існує ризик, що фінансова мотивація перетворяться на фактор виснаження, призводячи до професійного вигорання команд у середньостроковій перспективі.

Аналіз підтверджує, що в умовах війни заробітна плата стала головним інструментом кадрової політики. Успішні реабілітаційні хаби використовують надходження від контрактування (пакет № 53) для створення "преміального фонду", який дозволяє вигравати конкуренцію за людський капітал у районних лікарень та приватного сектору. Фінансова спроможність закладу безпосередньо трансформується у стабільність людського капіталу через його збереження і розвиток.

Таблиця 6

Динаміка та диференціація середньомісячної заробітної плати (2024–2025 рр.) тис. грн.

Категорія персоналу	Рівень аналізу	2023	2024	2025	Темп приросту, %
Керівники структурних підрозділів	Національний (Україна)	28,9	31,7	29,39	+1,7 %
	Регіональний Рівненська обл.	28,08	31,87	31,46	+12,1 %
	Інституційний Заклад-лідер	33,0	38,19	39,99	+21,2 %
Лікарі (в т.ч. ФРМ)	Національний	23,24	24,43	23,54	+1,3 %
	Регіональний	22,19	23,32	23,4	+5,4 %
	Інституційний	18,0	23,51	25,76	+43,1 %
Середній медперсонал	Національний	16,54	17,67	16,63	+0,6%
	Регіональний	15,68	16,48	15,38	–1,9 %
	Інституційний	13,79	15,64	17,28	+25,2 %

Дискусія. Результати дослідження підтверджують, що механізми контракування НСЗУ вийшли за межі фінансового інструменту і стали ключовим драйвером у збереженні та розвитку людського капіталу реабілітаційної мережі.

1. Аналіз демонструє, що вимоги ПМГ виконують роль «стрес-тесту» для менеджменту закладів. Фінансова успішність (зростання фінансування на 117,6% у закладах-лідерах) корелює виключно зі здатністю утримувати повний склад МДРК (лікар ФРМ, фізичні терапевти, ерготерапевти). Це узгоджується з висновками інших вчених про те, що стратегічні закупівлі здатні змінювати поведінку надавачів послуг ефективніше, ніж адміністративні накази [17]. В українських реаліях це зумовило активізацію конкурентних практик залучення дефіцитних фахівців у державному секторі охорони здоров'я.

2. Виявлена у Рівненській області концентрація 80% фінансового ресурсу в 11 закладах-лідерах ілюструє класичний асиметричний розподіл ресурсів (ефект «Матвія»). Потужні хаби, акумулюючи кошти за складні випадки (SR1), пропонують зарплати на 10–35% вищі за ринкові, що призводить до «канібалізації» кадрів – вимивання кваліфікованих фахівців з периферійних лікарень. Хоча це сприяє створенню центрів досконалості (Centers of Excellence), така тенденція загрожує зниженням доступності якісної реабілітації для мешканців віддалених громад. У подальших дослідженнях доцільним є формалізований розрахунок коефіцієнтів концентрації (наприклад, Gini або Herfindahl-Hirschman Index) для кількісної оцінки ефекту Матвія.

3. Аналіз показав аномально низьку частку приватного сектору на ринку стаціонарної реабілітації Рівненщини (0,93%). Пов'язуємо це з тим, що комунальні підприємства, завдяки контрактам НСЗУ, вперше отримали можливість конкурувати за працівника не лише стабільністю, а й рівнем оплати праці. Поєднання високої офіційної зарплати та соціальних гарантій формує високий рівень інституційної утримувальної мотивації персоналу в державному секторі. Це дозволяє державним хабам утримувати дефіцитних чоловіків-фахівців (ерготерапевтів, фізичних терапевтів), що є критичним для фізично важкої роботи з маломобільними пацієнтами.

4. Вимога НСЗУ щодо забезпечення мінімум 3 годин інтенсивної терапії на добу наближає вітчизняну систему до стандартів провідних країн (Ізраїль, США). Проте, на відміну від західних моделей, де штат укомплектований з запасом, українські реабілітаційні команди функціонують в умовах підвищеного інтенсивного навантаження, що перевищує середні докризові показники. Зростання зарплат лише частково компенсує це навантаження. Існує ризик, що без впровадження програм психологічної підтримки, нинішня висока продуктивність призведе до масового професійного вигорання команд у середньостроковій перспективі (1–2 роки), про що попереджають у своїх роботах інші дослідники [16].

5. Практичними рекомендаціями для НСЗУ є розгляд можливості введення «освітнього коефіцієнта» до

тарифів для закладів-хабів, які зобов'язуються проводити практичну підготовку фахівців для інших лікарень регіону, щоб компенсувати ефект «канібалізації» кадрів, а для керівників закладів – запроваджувати програми профілактики професійного вигорання та психологічного розвантаження як обов'язковий елемент охорони праці для МДРК, що працюють з високою інтенсивністю.

Варто зазначити, що дане дослідження базується на агрегованих адміністративних даних (дашборди НСЗУ), які фіксують факт наявності персоналу та рівень оплати, але не дозволяють оцінити якість взаємодії всередині команди та реальний рівень клінічних навичок (soft skills vs hard skills). Подальші дослідження потребують якісних опитувань персоналу для оцінки психоемоційного клімату в колективах.

Висновки. У статті проаналізовано вплив механізмів фінансування НСЗУ на збереження і розвиток людського капіталу реабілітаційної мережі в умовах воєнного стану. Доведено, що фінансовий механізм змусив заклади охорони здоров'я у доступі до ринку реабілітаційних послуг робити перехід від екстенсивної політики управління людським капіталом («ліжко-місця») до інтенсивної (формування мультидисциплінарних «ефективних команд») шляхом інтеграції до штату нових професій (ерготерапевтів, психологів). Встановлено, що заробітна плата у комунальному секторі стала реальним інструментом конкуренції за людський капітал, що обумовлює трансформацію принципу «гроші йдуть за пацієнтом» у принцип «гроші йдуть за командою». Доведено пряму залежність між фінансовою та кадровою спроможністю реабілітаційної мережі регіону та посилення нерівності розвитку людського капіталу між закладами у процесі реформи.

Інформація про конфлікт інтересів. Конфлікт інтересів відсутній.

Література

1. Борщ В. І., Рудінська О. В., Кусик Н. Л. Менеджмент та маркетинг в охороні здоров'я: навч. посіб. Одеса : Олді+, 2022. 264 с. URL: <https://repo.odmu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/12169>.
2. Василь В. Б., Безтелесна Л. І., Тихончук Л. Х. Забезпечення інформаційної безбар'єрності реабілітаційних програм медичних закладів Рівненської області. *Rehabilitation and Recreation*. 2025. № 19(2). С. 77–92. DOI: <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2025.19.2.7>.
3. Карамушка Т. В., Карамушка Л. М. Професійне вигорання фізичних терапевтів в Україні: пілотне дослідження. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2025. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/746827/>.
4. Крук І. М., Григус І. М. Фізична терапія військовослужбовців з наслідками вогнепальних поранень. *Rehabilitation and Recreation*. 2022. № 12(1). С. 44–51. <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2022.12.6>.
5. Національна служба здоров'я України. Аналітична панель (дашборд): Аналіз мережі закладів охорони здоров'я, законтракованих за пакетами реабілітаційної допомоги. 2025. URL: <https://nszu.gov.ua/dashboards/statistika-nadanix-poslug-zadogovorani-iz-nszu-pr> (дата звернення: 25.12.2025).
6. Полянська О. С. Розвиток фізичної та реабілітаційної медицини в Україні в період воєнного стану. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*. 2024. Т. 14, № 2(52). С. 19–22. <https://doi.org/10.24061/2413-4260.xiv.2.52.2024.3>.
7. Про деякі питання щодо реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення: Постанова Кабінету

- Міністрів України від 10.04.2019 № 410 (зі змінами). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/410-2019-p>.
8. Сітенко О. Розвиток системи реабілітації в Україні. організаційні аспекти. Ортопедія, травматологія та протезування. 2023. № 2. С. 77–83. DOI: <https://doi.org/10.15674/0030-59872023277-83>.
 9. Чоп'як В., Чемерис О., Гдиря О. Розвиток системи реабілітації в Україні. Праці Наукового товариства імені Шевченка. Медичні науки. 2024. Т. 76, № 2. <https://doi.org/10.25040/ntsh2024.02.01>.
 10. Blanchet K., Nam S. L., Ramalingam B., Pozo-Martin F. Governance and Capacity to Manage Resilience of Health Systems: Towards a New Conceptual Framework. *International journal of health policy and management*. 2017. № 6(8). С. 431–435. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.36>.
 11. Bradley E. H., Taylor L. A., Cuellar C. J. Management Matters: A Leverage Point for Health Systems Strengthening in Global Health. *International Journal of Health Policy and Management*. 2015. № 4(7). С. 411–415. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.101>.
 12. From War to Recovery: Strengthening Ukraine's Healthcare for a Resilient Future. Foundation for European Progressive Studies (FEPS). Brussels, 2025. URL: <https://feps-europe.eu/wp-content/uploads/2025/02/Strengthening-Ukraines-healthcare-for-aresilient-future.pdf>.
 13. How Ukrainian Rehabilitation Teams Burn Out: A Study. RecoveryUA Analytical Report. 2024. URL: <https://recoveryua.org/en/how-ukrainian-rehabilitation-teams-burn-out-a-study.html>.
 14. Htwe O. et al. Barriers and facilitators for increased accessibility to quality rehabilitation services in low- and middle-income countries: a systematic review. *European journal of physical and rehabilitation medicine*. 2024. № 60(3). 514–522. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.24.08154-1>.
 15. Korotun, S. I., Burachyk, A. I., & Skoryna, T. M. Improvement management system health care facility of the municipal enterprise «Rivne regional war veterans hospital» Rivne regional council. *Rehabilitation and Recreation*, 18(3), 137–152. <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2024.18.3.13>
 16. Kruk M. E. et al. Building resilient health systems: a proposal for a resilience index. *BMJ*. 2017. № 357. eJ2323. <https://doi.org/10.1136/BMJ.J2323>.
 17. Lindner L., Lorenzoni L. Innovative providers' payment models for promoting value-based health systems: Start small, prove value, and scale up. *OECD Health Working Papers*. 2023. No. 154. OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/627fe490-en>.
 18. OECD. Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience. Paris : OECD Publishing, 2023. <https://doi.org/10.1787/1e53cf80-en>.
 19. Segev D., Schiff M., Shelef L. Occupational rehabilitation of Israel Defense Forces veterans with PTSD: A 5-year follow-up. *International journal of psychology*. 2024. № 59(6). С. 1064–1074. <https://doi.org/10.1002/ijop.13231>.
 20. Strategic Purchasing Solutions in Line with Sustainable Financing of the Health System. *Brieflands Health Scope*. 2025. URL: <https://brieflands.com/journals/healthscope/articles/157880>.
 21. Strengthening health workforce resilience across fragile and shock-prone settings. *ReBUILD for Resilience*. 2024. URL: <https://www.rebuildconsortium.com/resources/health-workforce-resilience-brief/>.
 22. Truppa C. et al. Health systems resilience in fragile and conflict-affected settings: a systematic scoping review. *Conflict and health*. 2024. № 18(1). Art. 2. <https://doi.org/10.1186/s13031-023-00560-7>.
 23. Ukraine's rehabilitation system is overloaded due to war and lack of specialists. *HMH News*. 2025. URL: <https://hmh.news/en/13067/>.
 24. World Health Organization. Rehabilitation in health systems: Guide for action. Geneva : WHO, 2023. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515986>
 - of Rivne region]. *Rehabilitation and Recreation*, 19(2), 77–92. <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2025.19.2.7> (in Ukrainian)
 3. Karamushka, T. V., & Karamushka, L. M. (2025). Profesiine vyhorannya fizychnykh terapevtiv v Ukraini: pilotne doslidzhennia [Professional burnout of physical therapists in Ukraine: A pilot study]. *Orhanizatsiina psykholohiia. Ekonomichna psykholohiia*. <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/746827/> (in Ukrainian)
 4. Kruk, I. M., & Grygus, I. M. (2022). Fizychna terapiia viiskovosluzhbovtiv z naslidkamy vohnepalnykh poranen [Physical therapy of servicemen with consequences of gunshot wounds]. *Rehabilitation and Recreation*, (12), 44–51. <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2022.12.6> (in Ukrainian)
 5. National Health Service of Ukraine. (2025). Analitichna panel (dashboard): Analiz merezhi zakladiv okhorony zdorov'ia, zakontraktovanykh za paketamy reabilitatsiinoi dopomohy [Analytical panel (dashboard): Analysis of the network of health care institutions contracted for rehabilitation assistance packages]. <https://nszu.gov.ua/dashboards/statistika-nadanix-poslug-zadogovorami-iz-nszu-pr> (in Ukrainian)
 6. Polianska, O. S. (2024). Rozvytok fizychnoi ta reabilitatsiinoi medytsyny v Ukraini v period voennoho stanu [Development of physical and rehabilitation medicine in Ukraine during martial law]. *Neonatolohiia, khirurhiia ta perynatalna medytsyna*, 14(2), 19–22. <https://doi.org/10.24061/2413-4260.xiv.2.52.2024.3> (in Ukrainian)
 7. Cabinet of Ministers of Ukraine. (2019). Pro deaki pytannia shchodo realizatsii prohramy derzhavnykh harantii medychnoho obsluhovuvannia naseleння: Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 10.04.2019 No. 410 [On some issues regarding the implementation of the program of state guarantees of medical care for the population: Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine dated April 10, 2019 No. 410]. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/410-2019-p> (in Ukrainian)
 8. Sitenko, O. (2023). Rozvytok systemy reabilitatsii v Ukraini: orhanizatsiini aspekty [Development of the rehabilitation system in Ukraine: organizational aspects]. *Ortopedia, travmatolohiia ta protezuvannia*, (2), 77–83. <https://doi.org/10.15674/0030-59872023277-83> (in Ukrainian)
 9. Chopiak, V., Chemerys, O., & Hdyria, O. (2024). Rozvytok systemy reabilitatsii v Ukraini [Development of the rehabilitation system in Ukraine]. *Pratsi Naukovoho tovarystva imeni Shevchenka. Medychni nauky*, 76(2). <https://doi.org/10.25040/ntsh2024.02.01> (in Ukrainian)
 10. Blanchet, K., Nam, S. L., Ramalingam, B., & Pozo-Martin, F. (2017). Governance and capacity to manage resilience of health systems: Towards a new conceptual framework. *International Journal of Health Policy and Management*, 6(8), 431–435. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.36>
 11. Bradley, E. H., Taylor, L. A., & Cuellar, C. J. (2015). Management matters: A leverage point for health systems strengthening in global health. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(7), 411–415. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.101>
 12. Foundation for European Progressive Studies (FEPS). (2025). From war to recovery: Strengthening Ukraine's healthcare for a resilient future. <https://feps-europe.eu/wp-content/uploads/2025/02/Strengthening-Ukraines-healthcare-for-aresilient-future.pdf>
 13. RecoveryUA. (2024). How Ukrainian rehabilitation teams burn out: A study [Analytical Report]. <https://recoveryua.org/en/how-ukrainian-rehabilitation-teams-burn-out-a-study.html>
 14. Htwe, O., Thein, M. M., Kyaw, A. T., & Lwin, M. O. (2024). Barriers and facilitators for increased accessibility to quality rehabilitation services in low- and middle-income countries: A systematic review. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 60(3), 514–522. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.24.08154-1>
 15. Korotun, S. I., Burachyk, A. I., & Skoryna, T. M. (2024). Improvement management system health care facility of the municipal enterprise «Rivne regional war veterans hospital» Rivne regional council. *Rehabilitation and Recreation*, 18(3), 137–152. <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2024.18.3.13>
 16. Kruk, M. E., Myers, M., Varpalah, S. T., & Dahn, B. T. (2017). Building resilient health systems: A proposal for a resilience index. *BMJ*, 357, Article eJ2323. <https://doi.org/10.1136/BMJ.J2323>
 17. Lindner, L., & Lorenzoni, L. (2023). Innovative providers' payment models for promoting value-based health systems: Start small, prove value, and scale up (OECD Health Working Papers No. 154). *OECD Publishing*. <https://doi.org/10.1787/627fe490-en>
 18. OECD. (2023). Ready for the next crisis? Investing in health system resilience. *OECD Publishing*. <https://doi.org/10.1787/1e53cf80-en>

References

1. Borshch, V. I., Rudinska, O. V., & Kusyuk, N. L. (2022). Menedzhment ta marketyng v okhoroni zdorov'ia [Management and marketing in health care]. *Oldi+*. <https://repo.odmu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/12169> (in Ukrainian)
2. Vasylyv, V. B., Beztelesna, L. I., & Tykhonchuk, L. Kh. (2025). Zabezpechennia informatsiinoi bezbaryernosti reabilitatsiinykh prohram medychnykh zakladiv Rivnenskoï oblasti [Ensuring information barrier-free rehabilitation programs of medical institutions

19. Segev, D., Schiff, M., & Shelef, L. (2024). Occupational rehabilitation of Israel Defense Forces veterans with PTSD: A 5-year follow-up. *International Journal of Psychology*, 59(6), 1064–1074. <https://doi.org/10.1002/ijop.13231>
20. Brieflands. (2025). Strategic purchasing solutions in line with sustainable financing of the health system. *Health Scope*. <https://brieflands.com/journals/healthscope/articles/157880>
21. ReBUILD for Resilience. (2024). Strengthening health workforce resilience across fragile and shock-prone settings [Policy brief]. <https://www.rebuildconsortium.com/resources/health-workforce-resilience-brief/>
22. Truppa, C., Loring, B., & Witter, S. (2024). Health systems resilience in fragile and conflict-affected settings: A systematic scoping review. *Conflict and Health*, 18(1), Article 2. <https://doi.org/10.1186/s13031-023-00560-7>
23. HMM News. (2025). Ukraine's rehabilitation system is overloaded due to war and lack of specialists. <https://hmm.news/en/13067/>
24. World Health Organization. (2023). Rehabilitation in health systems: Guide for action. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515986>