

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

II медичний факультет

Завідувач кафедри громадського здоров'я
та управління охороною здоров'я

_____ В.Г. Нестеренко

**ПУБЛІЧНА ПОЛІТИКА ЩОДО РОЗВИТКУ
ПРОТЕЗУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ**

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»

освітня програма: «Управління у сфері охорони здоров'я»

спеціальність: 281 «Публічне управління та адміністрування»

Виконав:

здобувач вищої освіти групи ПУА-24

Б.В. Пономар

Науковий керівник

д.мед.н., доц.т

В.Г. Нестеренко

ЗМІСТ

Перелік умовних скорочень	4
ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО	
РОЗВИТКУ ПРОТЕЗУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ	
1.1 Суть та зміст публічної політики у сфері протезування: доступність, фінансування та технологічність	8
1.2 Нормативно-правова база регулювання протезування в Україні	18
1.3 Міжнародні стандарти та принципи формування політики у сфері протезування	22
Висновки до розділу 1	32
РОЗДІЛ 2 ІНСТИТУЦІЙНІ ТА ФІНАНСОВІ МЕХАНІЗМИ РЕАЛІЗАЦІЇ	
ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ ПРОТЕЗУВАННЯ	
2.1 Система державного фінансування протезування: роль Фонду соціального захисту осіб з інвалідністю	34
2.2 Комбінована модель надання послуг: взаємодія державного, приватного та благодійного секторів	42
Висновки до розділу 2	49
РОЗДІЛ 3 СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПРОБЛЕМИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПУБЛІЧНОЇ	
ПОЛІТИКИ ПРОТЕЗУВАННЯ В УКРАЇНІ	
3.1 Вплив повномасштабної війни на потреби та механізми протезування: виклики та адаптація	51
3.2 Інфраструктурне забезпечення та кадровий потенціал: аналіз проблеми дефіциту фахівців	56
Висновки до розділу 3	62
РОЗДІЛ 4 ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ РОЗВИТКУ	
ПРОТЕЗУВАННЯ	
4.1 Оптимізація фінансових механізмів та забезпечення стійкості фінансування в умовах воєнного та повоєнного стану	64

4.2 Стратегічні пріоритети: реалізація Національної стратегії безбар'єрності до 2030 року та інтеграція з євроінтеграційними процесами	73
Висновки до розділу 4	74
ВИСНОВКИ.....	76
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	78
ДОДАТКИ.....	92

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

CRPD –	Convention on the Rights of Persons with Disabilities, Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю
ISO –	International Organization for Standardization, Міжнародна організація зі стандартизації
ISPO –	International Society for Prosthetics and Orthotics, Міжнародне товариство протезування та ортезування
ВООЗ –	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВПО –	внутрішньо переміщені особи
ЄС –	Європейський Союз
ІКТ –	інформаційно-комунікаційні технології
КІП –	кістково-інтегрований протез
МКХ-10 –	Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду
МОЗ –	Міністерство охорони здоров'я (України)
НСБ –	Національна стратегія безбар'єрності
НСЗУ –	Національна служба здоров'я України
ОВА –	обласна військова адміністрація
ООН –	Організація об'єднаних націй
ПЗО –	протезно-ортопедичний виріб
СОЗ –	система охорони здоров'я
ФСЗОІ –	Фонд соціального захисту осіб з інвалідністю
ЦТ –	центр травми

ВСТУП

Актуальність проблеми. Забезпечення доступності високоякісного протезування є критично важливим елементом державної соціальної політики та медико-соціальної реабілітації, особливо в умовах значного зростання потреби через наслідки повномасштабної війни. Втрата кінцівок внаслідок бойових травм, нещасних випадків і захворювань не лише обмежує функціональні можливості людини, а й становить серйозний виклик для її соціальної інтеграції, психологічного благополуччя і економічної самостійності. У світі, згідно з даними ВООЗ, лише близько 10 % людей, які потребують протезів та ортезів, мають до них доступ через високу вартість, брак фахівців та невідпрацьовані системи фінансування. В Україні ця проблема набула надзвичайної гостроти: за офіційними оцінками, понад 20 тисяч військовослужбовців лише станом на початок 2024 року потребували протезування, що не враховує цивільних постраждалих. Незважаючи на наявність нормативно-правової бази, стратегічних документів (зокрема Національної стратегії безбар'єрності до 2030 року) та зростання бюджетних асигнувань, система реалізації публічної політики протезування стикається з комплексом глибоких системних проблем: критичним дефіцитом кваліфікованих кадрів, фрагментованістю та технічною застарілістю інфраструктури, нерівномірним географічним доступом, недостатньою прозорістю використання коштів та необхідністю гармонізації з міжнародними стандартами. Це обумовлює актуальність комплексного аналізу механізмів публічної політики протезування в Україні з метою виявлення її слабких ланок та визначення шляхів системної трансформації в умовах воєнного часу та повоєнного відновлення.

Мета дослідження – проаналізувати теоретико-методологічні засади, інституційно-фінансові механізми, сучасний стан та проблеми реалізації публічної політики протезування в Україні та обґрунтувати стратегічні шляхи її вдосконалення.

Для досягнення поставленої мети було сформовано наступні *завдання*:

- дослідити теоретико-методологічні засади, нормативно-правову базу та міжнародні стандарти формування публічної політики у сфері протезування;
- проаналізувати інституційну архітектуру та фінансові механізми реалізації державної політики протезування в Україні, зокрема роль Фонду соціального захисту осіб з інвалідністю та комбінованої моделі надання послуг;
- оцінити вплив повномасштабної війни на потреби, інфраструктуру та кадровий потенціал системи протезування, а також роль міжнародної підтримки;
- дослідити проблеми інфраструктурного забезпечення, географічної доступності та кадрового дефіциту в системі протезування;
- визначити шляхи оптимізації фінансових механізмів для забезпечення стійкості фінансування в умовах воєнного та повоєнного стану;
- розробити пропозиції щодо подолання дефіциту протезистів і реабілітологів через реформу освіти, стандартизацію та сертифікацію;
- обґрунтувати стратегічні пріоритети інтеграції політики протезування в рамки Національної стратегії безбар'єрності до 2030 року та євроінтеграційні процеси.

Об'єкт дослідження – протезування населення в Україні.

Предмет дослідження – публічна політика щодо розвитку протезування населення.

Методи дослідження. У процесі роботи було застосовано комплекс взаємодоповнюючих методів: Бібліосемантичний метод для пошуку, відбору та аналізу наукових джерел (монографій, статей), нормативно-правових актів України, міжнародних стандартів (ISO, ISPO, BOO3), офіційних статистичних даних та звітів державних органів (Міністерства соціальної політики, ФСЗОІ). Порівняльний метод для аналізу української практики в контексті міжнародних стандартів та визначення шляхів гармонізації; для порівняння різних моделей фінансування та надання послуг (державні, приватні, благодійні центри). Системного аналізу (зокрема, з використанням підходу Голубкова Є.П.) для

цілісного дослідження політики протезування як складної системи, що включає нормативну, фінансову, інфраструктурну, кадрову складові та їх взаємозв'язки. Аналізу та синтезу для узагальнення окремих даних, виявлення причинно-наслідкових зв'язків між проблемами та формування цілісних висновків і рекомендацій. Індукції та дедукції для логічного переходу від аналізу конкретних проблем реалізації політики (наприклад, кадровий дефіцит в регіонах) до узагальнених висновків про системну кризу, та від загальних принципів (соціальна модель інвалідності) до конкретних пропозицій щодо вдосконалення політики.

Практична значущість дослідження полягає у формуванні науково обґрунтованого комплексу рекомендацій, спрямованих на системну оптимізацію публічного управління у сфері протезування.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО РОЗВИТКУ ПРОТЕЗУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ

1.1 Суть та зміст публічної політики у сфері протезування: доступність, фінансування та технологічність

Протезування – це медико-технічна дисципліна, що займається компенсацією втраченої або порушеної функції органів опори та руху за допомогою спеціальних механічних пристроїв – протезів [109]. Протезування є міждисциплінарною галуззю, яка поєднує медицину та техніку. Воно тісно пов'язане з ортопедією, травматологією та відновлювальною хірургією. Історичні згадки про використання протезів зустрічаються ще у працях античних авторів, таких як Геродот і Пліній [95; 100].

Протезування охоплює широкий спектр методів і технологій – від зовнішніх протезів до складних імплантаційних систем. Його головна мета полягає у відновленні функцій організму, покращенні якості життя пацієнтів та їх соціальної адаптації.

Види протезування поділяються на анатомічне та функціональне. Анатомічне включає виготовлення штучних кінцівок (рук і ніг), зубів, очей, носа, молочних залоз тощо. Функціональне протезування може бути ендопротезуванням – імплантацією штучних матеріалів (наприклад, судин чи суглобів) у внутрішнє середовище організму, або екзопротезуванням – використанням протезів, що закріплюються зовні [90; 98].

Практичні аспекти застосування функціональних протезів, зокрема екзопротезів нижніх кінцівок, безпосередньо впливають на відновлення фізичної активності та якості життя пацієнтів. Наприклад, Smidt K.P. & Vicknell R. [98] повідомляють, що протезування нижніх кінцівок спрямоване на забезпечення комфорту, легкості, міцності та адекватної механічної функції для

пацієнта відповідно до його фізичних можливостей, визначених К-рівнем амбулаторності. В США щороку близько 110 000 осіб підлягають ампутації нижніх кінцівок, причому до 70 % випадків пов'язані з судинними захворюваннями або діабетом. Протез включає сокет, механізм кріплення, шток, колінний суглоб (за потреби) та термінальний пристрій, а сучасні конструкції дозволяють рівномірно розподіляти навантаження, запобігати ушкодженню шкіри та забезпечувати комфортну ходу. Лише 5 % ампутуваних користуються протезом понад половину щоденної ходи. В огляді також підкреслена важливість міждисциплінарної команди (ортопеди, протетики, реабілітологи) для правильного підбору протезу, навчання пацієнта та контролю можливих ускладнень, таких як пошкодження шкіри, нестабільність суглобів або дискомфорт від неправильного прилягання.

Якщо для багатьох пацієнтів протезування кінцівок означає відновлення рухливості та фізичної активності, то для ще більшої кількості – відновлення жувальної функції, естетики і здоров'я ротової порожнини є не менш значущим завданням. Саме тому варто розглянути окремий, але не менш важливий напрям – стоматологічне протезування, яке займається відновленням структури зубів, заміщенням втрачених одиниць та відновленням жувальної функції і естетики. Такий підхід дозволяє охопити широкий спектр потреб пацієнтів – від рухливості до повноцінного харчування і соціального комфорту. Стоматологічне протезування є окремим напрямом, який займається відновленням тканин зуба, заміщенням втрачених зубів та відновленням структури і функції жувального апарату. Воно має важливе значення для підтримання естетики, функціональності та загального здоров'я ротової порожнини. Якщо протезування кінцівок дає пацієнтам можливість повернути рухливість та фізичну активність, то в більшості людей з втраченими зубами головною метою стає відновлення жувальної функції, естетики та загального здоров'я ротової порожнини. Стоматологічного протезування включає заміщення відсутніх зубів і реставрацію структури жувального апарату, що суттєво підвищує якість життя. У дослідженні Chan R.W. Tseng T.N. (1994) [59]

показано, що протезна заміна зубів – як знімними, так і незнімними конструкціями – є важливим засобом відновлення функції жування та естетики, особливо при повній чи частковій відсутності зубів у щелепах.

Функціональне протезування також включає так зване кістково-інтегроване або ендопротезування кінцівок – коли протез приєднується безпосередньо до скелета. Систематичний огляд Kunutsor S.K. et al. (2018) [81] показав, що такі протези після ампутації значно покращують мобільність, комфорт у сидінні, здатність до ходьби та загальну якість життя, порівняно з класичними зовнішніми протезами. Проте при цьому зростає ризик інфекційних ускладнень.

Ключовим аспектом проведеного дослідження є усвідомлення високої вартості якісного протезування, що потребує участі держави у забезпеченні населення протезами. Отже, усвідомлення високої вартості якісного протезування та необхідності державного втручання стає підґрунтям для формування цілісної політики у цій сфері, що в Україні реалізується через механізми доступності, фінансування та впровадження інноваційних технологій, зокрема шляхом міжвідомчої координації та реформування системи протезування.

В Україні публічна політика у сфері протезування спрямована на доступність, державне фінансування та впровадження сучасних технологій, із акцентом на підтримку як цивільних, так і військових пацієнтів. В межах реалізації цієї стратегії Кабінет Міністрів України створив міжвідомчу робочу групу для координації роботи різних відомств для досягнення мети реформи системи протезування. Завдання роботи групи стали спрощення доступу до якісних протезів, підготовка нових фахівців, усунення інституційних бар'єрів та мінімізація корупційних ризиків [38].

У 2024 році в Україні на протезування за рахунок держави через Фонд соціального захисту осіб з інвалідністю було виділено понад 4,5 млрд грн, що майже вдвічі більше, ніж роком раніше. Фінансування такого обсягу дозволило покрити основні потреби більшості пацієнтів, вважає уряд [41]. Але чи

насправді це так? Чи правильно поставлені пріоритети такого важливого соціального напрямку відновлення можливості захисників України та інших осіб з інвалідністю вільно та безбар'єрно рухатися, без постійного болю та значного зниження якості їх життя після втрати кінцівок, травм хребта та ін.?

Національна стратегія безбар'єрності, ініційована Оленою Зеленською, передбачає вибудову в Україні до 2030 року системи соціального забезпечення, в якій буде забезпечене безоплатне отримання високоякісних протезів та інших засобів реабілітації для всіх, хто цього потребуватиме, а також цифровізацію процесів вивчення потреб громадян та обліку наданої допомоги [10]. Проте та сама цифровізація соціальних послуг може бути лише умовою та інструментом надання соціальної послуги протезування достатньої кількості людей, що втратили кінцівки. Надмірні витрати на цей процес є неприпустимими, якщо не буде вирішена головна проблема забезпечення протезами 90 % осіб у перший рік втрати кінцівок. План досягнення такого рівня забезпечення опрацьований набагато менше, ніж план цифровізації галузі. Чи означає ця стратегія, що до 2030 року більшість людей, які втратили кінцівки, не матимуть сучасних протезів?

У своєму річному (за 2024 рік) звіті Міністерство соціальної політики України [45, с. 16] фактично визнало забезпечення протезами 3 тис. військовослужбовців за 20 тисяч, які цього потребували. Тому наше дослідження буде багатовекторним, та охопить як теоретичні та декларативні напрямки державної політики протезування, так і реалізацією цієї політики на практиці.

Публічна політика в сфері протезування має на меті не лише забезпечити медичну допомогу, а й створити умови для повноцінної участі осіб з порушенням функцій кінцівок у суспільному житті. Така політика має орієнтуватися на рівність можливостей і враховувати, що протезування – це шлях до соціальної інтеграції, а не просто медичне втручання.

У міжнародному та правозахисному дискурсі акцент зміщується від медичної моделі інвалідності до соціальної – де проблеми не в самому

тілесному порушенні, а в бар'єрах, які створює суспільство [15]. Саме тому при формуванні політики протезування важливо визначити, що поняття «інвалідність» означає не виключно втрату функцій, а обмеження життєдіяльності через взаємодію з соціальним і просторовим середовищем [46].

Використання терміну «особа з інвалідністю» відображає цей зсув у підходах – від стигматизації до визнання прав і рівних можливостей [20]. Державна політика у сфері протезування покликана забезпечити не лише доступність технічних засобів, а й соціальну підтримку, адаптацію середовища і правове закріплення рівних прав. Вона має враховувати, що потреби людей з інвалідністю часто виходять за межі медичних і включають працевлаштування, соціальну інтеграцію, психологічну підтримку та недискримінацію. У такому контексті протезування стає елементом ширшої політики соціальної інклюзії, спрямованої на відновлення життєдіяльності та гідності людей з інвалідністю.

Інвалідність є однією з найважливіших медико-соціальних проблем у світі, що виступає як критерій оцінки суспільного здоров'я та стану соціального захисту. Згідно із Законом України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні», інвалідність – це міра втрати здоров'я, яка призводить до обмеження життєдіяльності особи та зобов'язує державу забезпечити її соціальний захист і створити умови для реалізації прав [13]. Сьогодні єдиним коректним терміном є «особа з інвалідністю», що підкреслює першочерговість людини, а не її обмеження [12].

Повномасштабна війна росії проти України призвела до катастрофічного зростання інвалідності, зокрема внаслідок бойових травм, що потребують ампутацій кінцівок. За офіційними даними, станом на початок 2024 року, понад 20 тисяч українських захисників та захисниць потребували протезування [49]. Ця цифра не включає цивільних осіб, поранених внаслідок обстрілів та мінно-вибухових травм. Таким чином, розвиток системи протезування став не лише медичним, але й ключовим соціально-політичним пріоритетом держави.

Інвалідність має важливе медико-соціальне значення, оскільки впливає на показники смертності (які серед осіб з інвалідністю в 1,5–2 рази вищі),

тривалості та якості життя. Припинення праці при встановленні інвалідності в працездатному віці завдає серйозного економічного збитку державі, яка, у свою чергу, витрачає значні кошти на різні види соціального забезпечення осіб з інвалідністю та проведення заходів щодо їх соціального захисту [122]. До причин, що сприяють зростанню інвалідності, а отже, і потребі у протезуванні, слід віднести зростання побутового і транспортного травматизму, а також зміну типу патології, зокрема, зростання кількості хронічних неінфекційних захворювань, таких як судинні захворювання, що часто ведуть до ампутацій [4].

До причин, що сприяють зростанню інвалідності, а отже, і потребі у протезуванні, слід віднести зростання побутового і транспортного травматизму, а також зміну типу патології, зокрема, зростання кількості хронічних неінфекційних захворювань, таких як судинні захворювання, що часто ведуть до ампутацій.

Структура інвалідності в Україні характеризується переважанням певних патологій, де перше місце посідають хвороби системи кровообігу, друге – злоякісні новоутворення, а третє – травми. Статистичні дані свідчать, що первинна інвалідність усіх категорій населення обумовлена на 75,6 % інвалідністю від загального захворювання, 7,1 % – інвалідністю з дитинства, та 4,1 % – інвалідністю від трудового каліцтва та професійного захворювання.

Отже, частка інвалідності, пов'язаної з травмами та професійними ушкодженнями, хоч і менша за випадки хвороб системи кровообігу та новоутворень, має істотне соціальне та медичне значення. Травми часто супроводжуються тривалою непрацездатністю та потребою у високотехнологічному протезуванні, що робить їх ключовим фактором для планування системи реабілітації.

Зростання травматизму пов'язане не лише з побутовими та транспортними ризиками, але й із наслідками соціально-економічних змін і масштабних кризових ситуацій, що підвищує потребу у комплексній політиці охорони здоров'я. Високий рівень смертності та інвалідизації від зовнішніх причин підкреслює необхідність ранньої профілактики, швидкого медичного

втручання та доступу до сучасних засобів реабілітації. Аналіз структури травматизму стає невід'ємною складовою розуміння пріоритетів державної політики у сфері протезування та підтримки осіб з інвалідністю.

Травматизм, який розуміють як сукупність травм, що виникають у певній групі населення за певний проміжок часу, є однією з найважливіших проблем охорони здоров'я в усьому світі [42; 43]. Рівень травматизму має тенденцію до зростання, що пов'язують із соціальними факторами, техногенними катастрофами та інтенсифікацією транспортних потоків [66]. В Україні, ще до повномасштабного вторгнення, смертність від зовнішніх причин (травм, отруєнь та нещасних випадків) залишалася на високому рівні. За даними Державної служби статистики України за 2021 рік, цей показник становив 50,8 випадків на 100 тис. населення, що робило зовнішні причини однією з провідних причин смертності, посідаючи четверте місце після хвороб системи кровообігу, новоутворень та COVID-19 [4].

Структура травматизму в Україні характеризувалася переважанням побутового, вуличного та виробничого травматизму, при цьому найвища летальність спостерігалася саме при дорожньо-транспортних пригодах. Для травматизму також була характерна значна гендерна диференціація: показники смертності серед чоловіків перевищували показники серед жінок у 3,5 рази [4]. У дослідженні Guryev S.O. et al. [65] на підставі аналізу даних щодо дорожньо-транспортних травм в Україні (кількість потерпілих, рівню смертності, аналізу вікових груп учасників ДТП), зроблено висновок про високу соціальну значущість дорожньо-транспортних пригод. Ще одна робота Batyrgareieva V.S. et al. [56] показує, що дорожньо-транспортні пригоди є значущою причиною смерті та інвалідизації серед населення України, особливо серед молоді.

Офіційні статистичні показники [110] свідчать, що рівень смертності внаслідок дорожньо- транспортних травм в Україні залишається суттєвим: за останніми доступними переписами цей показник оцінюється на рівні десятків на 100 000 населення, що підкреслює актуальність проблеми для охорони здоров'я та потребу у належній травматологічній та невідкладній допомозі.

Повномасштабна війна росії проти України призвела до катастрофічного зростання травматизму, зокрема бойових травм, що потребують хірургічного втручання та часто призводять до інвалідності. За офіційними даними, станом на початок 2024 року, понад 20 тисяч українських військовослужбовців та військовослужбовців потребували протезування внаслідок ампутацій кінцівок [47]. Ця цифра не включає цивільних осіб, які також отримали поранення, що робить розвиток системи протезування однією з ключових пріоритетних задач публічної політики України в галузі охорони здоров'я та соціального захисту.

Організація медичної допомоги постраждалим із травмами в Україні ґрунтується на єдиній системі надання екстреної та планової допомоги, що включає станції швидкої медичної допомоги, травматологічні пункти та спеціалізовані стаціонари [3]. Однак у сучасних умовах система потребує значної адаптації і розвитку, зокрема шляхом створення високоспеціалізованих реабілітаційних центрів, що забезпечують не лише лікування, але й повний цикл відновлення, включаючи протезування та соціальну реінтеграцію. У нормативній площині надання клінічної допомоги при травмах регламентовано чинними клінічними протоколами щодо черепно-мозкових травм [5], екстреної медичної допомоги (догоспітальний етап, у т.ч. політравма) [6], травм органів грудної клітки (пневмоторакс) [8], масивних зовнішніх кровотеч з кінцівок [9], а також низкою нових клінічних настанов/протоколів, що опубліковані в реєстрі Державного експертного центру МОЗ України (зокрема настанови та переклади рекомендацій Joint Trauma System, які охоплюють тупу травму живота, лікування ушкоджень сечостатевої системи та окремі аспекти лікування бойової травми) [7] (додаток А).

Особи, які втратили кінцівки, потребують комплексного підходу до відновлення функціональних можливостей, що включає як медичні, так і соціальні компоненти реабілітації. Протезування дозволяє відновити здатність до самообслуговування, пересування та участі у трудовій діяльності, що безпосередньо впливає на рівень незалежності людини [92; 93]. Крім фізичної

реабілітації, важливим є навчання користуванню протезами та адаптація до нових умов життя, що підвищує ефективність відновлення.

Публічна політика у сфері протезування включає забезпечення фінансування, стандартизацію процедур та доступ до сучасних технологій, включно із біонічними та цифрово модульованими протезами [48; 87]. Доступ до високотехнологічних протезів залежить від наявності центрів реабілітації, підготовки спеціалістів та інтеграції медичних, соціальних і освітніх програм.

Для осіб, поранених під час бойових дій, цей процес має додаткове соціальне та психологічне значення, оскільки повертає можливість інтеграції у цивільне життя. Важливо, що політика передбачає також підтримку сімей пацієнтів та їх соціальну адаптацію, що сприяє зниженню психологічних та економічних наслідків інвалідності [43; 44].

Для осіб, які втратили кінцівки, протезування є найважливішим етапом реабілітації, що дозволяє компенсувати обмеження життєдіяльності та відновити здатність до самообслуговування, пересування та трудової діяльності. Ефективна публічна політика у цій сфері безпосередньо впливає на соціальну інтеграцію, якість життя та економічну самостійність тисяч громадян, зокрема ветеранів та ветеранок, що робить її вивчення надзвичайно актуальним [96; 97].

Створення міжвідомчих робочих груп дозволяє координувати зусилля державних органів, підвищувати ефективність фінансування та впровадження інновацій. Усі ці заходи спрямовані на мінімізацію часу між травмою та початком реабілітації, що підвищує шанси на повне відновлення функцій. Крім військових, велика група пацієнтів – цивільні особи, які постраждали від ДТП, промислових та побутових травм, також потребують системного протезування. Аналіз потреб населення дозволяє визначати пріоритети у виготовленні протезів різних типів і складності, що оптимізує використання ресурсів (таб. 1.1). Державна політика також включає правові механізми забезпечення рівного доступу до реабілітації та захисту від дискримінації (*додаток Б*). Підвищення обізнаності про права осіб з інвалідністю та доступні технології сприяє

зниженню соціальної стигми та інтеграції у громаду. Оцінка ефективності політики проводиться за показниками якості життя, рівня соціальної інтеграції та економічної активності пацієнтів. В Україні зростання інвалідності та травматизму робить пріоритетним розвиток мережі реабілітаційних центрів та впровадження інноваційних методів протезування.

Таблиця 1.1 – Основні групи пацієнтів та потреби у протезуванні в Україні

Група пацієнтів	Тип травми/порушення	Потреба у протезуванні
Військові та ветерани	Ампутації кінцівок	Протези верхніх та нижніх кінцівок, біонічні
Цивільні особи	ДТП, побутові травми	Протези, ортези, реабілітаційне обладнання
Хронічні захворювання	Судинні ураження, діабет	Часткова ампутація, ортопедичні засоби
Діти та підлітки	Вроджені аномалії	Корекційні протези та ортези

Сучасна модель протезування передбачає індивідуалізацію кожного випадку, враховуючи вік, стан здоров'я та професійну діяльність пацієнта. Фінансування державних програм забезпечує доступ до протезів як військовим, так і цивільним пацієнтам, що підвищує соціальну ефективність витрат. Координація між медичними, соціальними та освітніми структурами сприяє повній реінтеграції осіб з інвалідністю.

Таким чином, сучасна публічна політика у сфері протезування є комплексною, об'єднуючи медичні, соціальні, технологічні та правові заходи. Її головна мета – відновлення життєдіяльності, гідності та незалежності осіб з інвалідністю, що робить її стратегічним пріоритетом держави. Державна політика включає координацію між відомствами, фінансування, правову підтримку, технологічне забезпечення та соціальну інтеграцію, що забезпечує ефективне відновлення функцій та підвищує якість життя осіб з інвалідністю.

1.2 Нормативно-правова база регулювання протезування в Україні

Правове регулювання надання протезно-ортопедичних та реабілітаційних послуг в Україні здійснюється на підставі комплексної системи законів і підзаконних актів, які визначають статус та права осіб з інвалідністю, механізми забезпечення засобами реабілітації, а також умови ліцензування, стандартизації та контролю якості послуг [14; 35].

Серед ключових нормативних документів варто відзначити Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні», який встановлює право громадян на комплексні заходи реабілітації та надання технічних засобів [13]. Важливим документом є також Порядок призначення технічних та інших засобів реабілітації, затверджений Міністерством соціальної політики України, який регламентує механізми надання, заміни та моніторингу засобів реабілітації [25] (табл. 1.2).

Державна політика гарантує безоплатне забезпечення необхідними засобами реабілітації, включно з протезами, для всіх категорій громадян, які цього потребують, як до встановлення інвалідності, так і після неї [22].

У законодавстві закріплено поняття «обмеження життєдіяльності» та «соціальна недостатність», які визначають право особи на протезування та інші реабілітаційні послуги. Обмеження життєдіяльності розуміється як неможливість виконувати повсякденну діяльність у звичайному для людини обсязі, що проявляється у втраті здатності до самообслуговування, пересування, навчання, орієнтації, спілкування, контролю поведінки та здійснення трудової діяльності (табл. 1.3). Соціальна недостатність характеризується нездатністю виконувати звичні соціальні ролі, включно з самостійним проживанням, економічною автономією та професійною діяльністю (Закон України № 875-ХІІ від 21.03.1991; Постанова КМУ № 1317 від 03.12.2009).

Таблиця 1.2 – Основні закони і підзаконні акти з їх призначенням і статусом.

Назва документа	Дата затвердження	Орган	Основний зміст / призначення	Статус
Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні»	06.02.2006	Верховна Рада України	Регламентує права на реабілітацію та технічні засоби	чинний
Порядок призначення технічних та інших засобів реабілітації	12.07.2019	МСП України	Механізми надання, заміни та моніторингу засобів	чинний
Закон України № 875-ХІІ «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю»	21.03.1991	Верховна Рада України	Визначає соціальні права осіб з інвалідністю	чинний
Постанова КМУ № 1317 «Про затвердження Порядку встановлення інвалідності»	03.12.2009	Кабінет Міністрів України	Критерії визначення обмеження життєдіяльності та соціальної недостатності	чинна

Регулювання також включає стандартизацію та ліцензування центрів протезування (табл. 1.4). Наразі розробляються нормативні акти, що передбачають:

- встановлення єдиного переліку стандартів якості послуг протезування;
- оцінку функціонального результату після виготовлення та встановлення протезів;
- контроль цін на послуги та засоби реабілітації;
- ліцензування підприємств і майстерень, що надають протезно-реабілітаційні послуги [25].

Таке нормативне закріплення прав і критеріїв забезпечує однозначність у визначенні кола осіб, які мають право на протезування, і є фундаментом для впровадження механізмів надання послуг. Наявність чітких критеріїв

обмеження життєдіяльності та соціальної недостатності дозволяє гарантувати доступ до протезно-реабілітаційних послуг особам із значними функціональними порушеннями та потребою у відновленні соціальної активності.

Таблиця 1.3 – Класифікація осіб, що мають право на протезування за функціональними обмеженнями та соціальною недостатністю

Категорія	Приклади порушень	Права на технічні засоби	Соціальні наслідки
Функціональні обмеження	Самообслуговування, пересування, навчання	Протези кінцівок, ортопедичне обладнання	Обмежена участь у професійній діяльності
Соціальна недостатність	Неможливість самостійного проживання, економічна автономія	Допоміжні засоби, засоби пересування	Зниження соціальної активності
Комбіновані випадки	Поєднання обох	Повний спектр технічних засобів	Втрата соціальних ролей та автономії

Таблиця 1.4 – Чинні та проєктовані стандартами якості, включно з ISO та ISPO

Стандарт / норматив	Застосування	Орган видачі	Коментар
ISPO Global Standards	Освітні програми протезистів/ортезистів	ISPO	Рекомендації щодо навчання, клінічної практики, ресурсів
ISO 13485	Якість медичного обладнання та виробів	ISO	Вимоги до систем управління якістю протезів
Внутрішній стандарт МСП	Центри протезування	МСП України	Встановлює критерії ліцензування та оцінки функціональних результатів

У межах розвитку нормативно-правового регулювання протезування та реабілітації в Україні все більше уваги приділяється інтеграції міжнародних стандартів. Зокрема, вимоги International Society for Prosthetics and Orthotics (ISPO) та стандартів ISO щодо професійної підготовки протезистів і ортезистів, організації навчальної інфраструктури, клінічної практики та контролю якості послуг враховуються при розробленні освітніх програм і внутрішніх стандартів центрів протезування [74] (рис. 1.1).

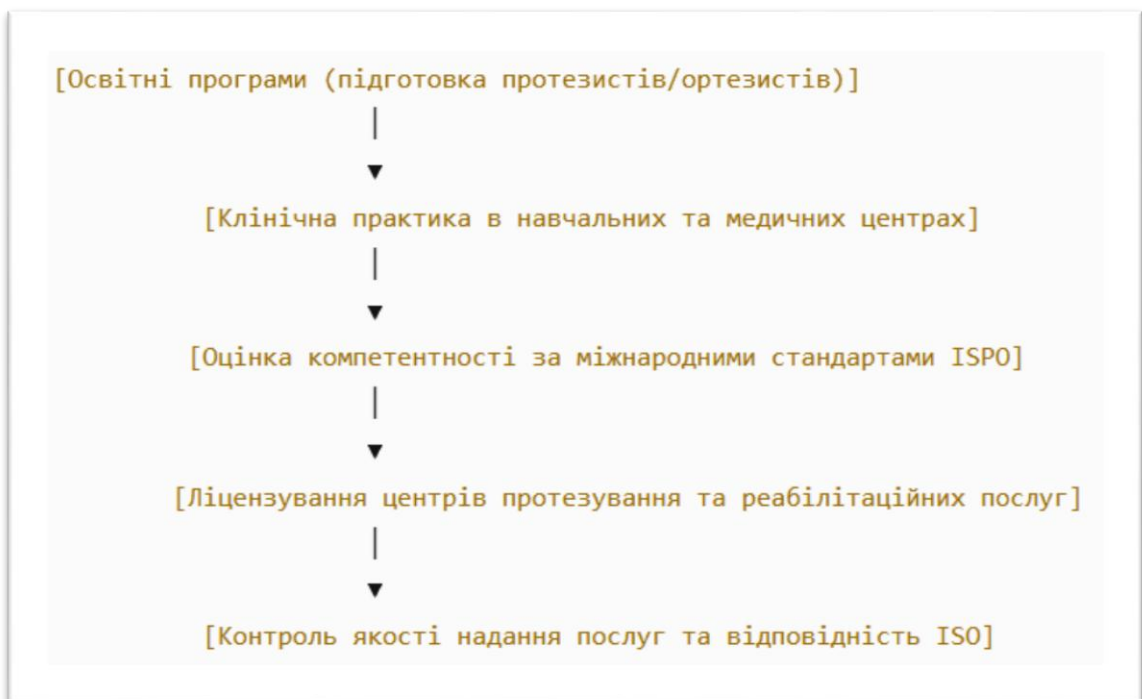


Рис. 1.1 – Процес впровадження міжнародних стандартів протезування та реабілітації в Україні

Примітки:

– освітні програми та клінічна практика реалізуються з урахуванням стандартів ISPO [74];

– контроль якості послуг та процеси ліцензування враховують стандарти ISO для медичних та реабілітаційних центрів [77].

Застосування міжнародних стандартів дозволяє не лише забезпечити високий рівень професійної підготовки кадрів, але й підвищити якість послуг для пацієнтів, забезпечити єдину систему оцінки функціональних результатів протезування та створити базу для взаємного визнання кваліфікацій на

міжнародному рівні. Впровадження ISO-стандартів гарантує відповідність процесів виготовлення, наладки і обслуговування протезів сучасним технологічним і безпековим вимогам [71].

Впровадження чіткої нормативно-правової бази та інтеграція міжнародних стандартів дозволяє створити прозору систему доступу до протезно-реабілітаційних послуг, у якій всі учасники – пацієнти, фахівці та державні органи – мають зрозумілі права та обов'язки. Така система забезпечує стандартизовані критерії надання послуг, контроль якості та моніторинг результатів протезування, що є особливо важливим для пацієнтів із складними ампутаціями та багаторівневими функціональними порушеннями [International Society for Prosthetics and Orthotics, 2024].

Таким чином, нормативно-правова база України поєднує внутрішні законодавчі механізми забезпечення прав осіб з інвалідністю на протезування та реабілітацію з міжнародними стандартами якості та професійної підготовки, що дозволяє формувати єдину, сучасну та безпечну систему протезно-реабілітаційного обслуговування.

1.3 Міжнародні стандарти та принципи формування політики у сфері протезування

Міжнародна спільнота відіграє ключову роль у формуванні політики, стандартів та систем підтримки у сфері протезування і реабілітації. Так, Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визнала реабілітацію невід'ємною складовою системи охорони здоров'я і започаткувала глобальну ініціативу Rehabilitation 2030, покликану інтегрувати послуги з реабілітації (зокрема надання протезів та ортезів) у національні системи охорони здоров'я, а також підвищити їх доступність і якість для пацієнтів у всьому світі [114]. У документі ВООЗ «Стандарти протезування та ортезування» (Standards for prosthetics and orthotics) наголошується, що держави-члени Конвенції ООН про

права осіб з інвалідністю зобов'язані забезпечити доступність потрібних допоміжних засобів, включно з протезами і ортезами. Водночас ВООЗ констатує, що лише близько 10 % людей, які потребують таких засобів, мають до них доступ, через високу вартість, брак навчених фахівців та налагоджені політики закупівель і фінансування [117].

Паралельно, технічну базу безпечних і якісних протезів забезпечує Міжнародна організація зі стандартизації (International Organization for Standardization, ISO), зокрема стандарт ISO 10328 «Протези – Структурне тестування протезів нижніх кінцівок – Вимоги та методи тестування» (Prosthetics – Structural testing of lower-limb prostheses –Requirements and test methods). Цей стандарт визначає методи і вимоги до статичних та циклічних випробувань конструкцій нижніх кінцівок, що дає змогу об'єктивно оцінити міцність, надійність й безпеку протезів перед їх клінічним застосуванням [70]. Важливість такого підходу полягає у гарантуванні, що вироблені пристрої витримують навантаження під час повсякденного користування (зокрема ходьби, стояння, зміни навантажень – і таким чином мінімізують ризики травм або поломки). В багатьох країнах (зокрема в Україні) стандарт ISO 10328 прийнято як національний (наприклад, як ДСТУ EN ISO 10328:2018) [11].

Ще одним важливим гравцем у глобальній системі є Міжнародне товариство протезування та ортезування (International Society for Prosthetics and Orthotics, ISPO), яка об'єднує понад 3000 фахівців із більш ніж 100 країн, включно з ортопедами-протезистами, ортопедами-техніками, фізіотерапевтами, інженерами реабілітації, і працює над встановленням освітніх, клінічних і етичних стандартів. Через такі ініціативи ISPO сприяє розвитку компетентного персоналу, обміну досвідом, поширенню добрих практик і впровадженню інновацій у протезуванні. Співпраця ISPO з ВООЗ у підготовці стандартів протезування і ортезування підсилює потенціал країн у створенні сталих, якісних систем протезування та реабілітації [55].

Міжнародні стандарти у сфері протезування та ортезування базуються на фундаментальних принципах, які орієнтовані на пацієнта, його потреби,

функціональну незалежність, безпеку, якість та безперервність медико-соціального супроводу.

По-перше, стандартизовані підходи ґрунтуються на пацієнт-центричності (patient-centred care): це означає, що рішення про тип, конструкцію та функціональність протезу приймаються з урахуванням індивідуальних потреб, обмежень, побажань та соціального контексту кожної людини. Такий підхід передбачає залучення пацієнта до процесу вибору, підгонки та налаштування протезу, а також врахування його власних пріоритетів і цілей реабілітації. ВООЗ зазначає, що послуги з протезування та ортезування мають бути організовані так, щоб бути «орієнтованими на людину та чутливими до її особистих і життєвих потреб» («people-centred and responsive to every individual's personal and environmental needs») [111].

Другий принцип – функціональна незалежність. Основна мета протезування – не просто замінити відсутню кінцівку чи компенсувати порушену функцію, а надати людині змогу максимально відновити її здатності до самостійного пересування, самообслуговування, участі в соціальному та професійному житті. Використання протезів і ортезів розглядається як засіб для досягнення незалежності, зменшення залежності від сторонньої допомоги або догляду, а також мінімізації потреби у тривалому догляді чи госпіталізації. У документі ВООЗ зазначено, що протези та ортези повинні сприяти «незалежному, продуктивному та гідному життю» (independent, productive, dignified life) для людей з порушеннями опорно-рухового апарату.

Третій аспект – принцип «безперервність допомоги» (continuum of care). Це означає, що послуги з протезування та реабілітації мають бути частиною системи охорони здоров'я, де пацієнт супроводжується на всіх етапах: від гострого етапу (травми, ампутації), через період реабілітації, підгонки протезу, адаптації, до довготривалого супроводу, технічного обслуговування і – при потребі – модернізації пристроїв. Такий підхід гарантує, що допоміжні засоби залишаються адекватними потребам із часом, і що пацієнт отримує підтримку не лише на момент видачі, а протягом усього життя. Інтеграція послуг

протезування і ортезування до систем охорони здоров'я – частина універсального медичного забезпечення (universal health coverage) для людей з інвалідністю.

Нарешті – безпека та якість (safety and quality). Протези та ортези мають відповідати встановленим міжнародним стандартам за технічними та клінічними параметрами: міцність, довговічність, біосумісність, комфорт при користуванні, адекватність до умов навантаження. Саме завдяки таким стандартам гарантується, що вироби будуть надійними, безпечними для користувачів і що їх використання буде ефективним. Наприклад, стандарт ISO 8551:2020 визначає підходи до опису функціональних потреб пацієнта, клінічних цілей та функціональних вимог до ортезів/протезів, що сприяє стандартизації якості надання допоміжних засобів [78].

Таким чином, філософія міжнародних стандартів у сфері протезування – це поєднання прав людини, клінічної доцільності, технічної безпеки та соціальної інтеграції. Вона передбачає, що протезування – не просто технологічне рішення, а частина комплексної системи реабілітації та соціального захисту, зорієнтованої на гідність, автономію і якість життя людини.

Канонічними принципами політики у сфері протезування: забезпечення доступності, справедливе фінансування, гарантування якості через стандарти, інтеграція послуг у систему охорони здоров'я, професійний рівень кадрів та постійне супроводження користувачів.

Формування політики у сфері протезування та ортезування має спиратися на міжнародні правові акти, які визначають права осіб з інвалідністю та встановлюють стандарти доступності допоміжних технологій. Відповідно до Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю (CRPD), держави-учасниці зобов'язані забезпечувати доступ до протезів та ортезів як складової права на незалежність і соціальну інтеграцію [106]. Це положення створює основу для розробки національних стратегій, де доступність розглядається не лише як медичний, а й як правовий обов'язок.

Проте сама доступність не може бути реалізована без належного фінансування. Саме тому наступним принципом є справедливе фінансування, яке передбачає компенсацію витрат пацієнтів, інтеграцію протезно-ортопедичних послуг у систему універсального медичного покриття та державні програми відшкодування. Всесвітня організація охорони здоров'я наголошує, що фінансування має бути організоване так, щоб уникати високих особистих витрат і забезпечувати рівність доступу для всіх пацієнтів [117]. Таким чином, фінансова справедливість є логічним продовженням принципу доступності.

Однак навіть за умови доступності та фінансування якість послуг може залишатися нерівномірною без належного контролю. Тому наступним кроком є прозора система ліцензування та акредитації установ, а також атестації фахівців. Міжнародне товариство протезистів та ортезистів (ISPO) розробило стандарти освіти та акредитації, які визначають вимоги до навчальних програм і сертифікації спеціалістів [75]. Це забезпечує довіру пацієнтів і гарантує, що послуги відповідають міжнародним стандартам.

Завершальним елементом є стандартизовані клінічні маршрути, які забезпечують єдність практики та послідовність дій медичних працівників і технічних спеціалістів. ВООЗ у своїх рекомендаціях щодо реабілітації підкреслює важливість впровадження клінічних протоколів, що дозволяють досягати оптимальних результатів лікування та реабілітації [115]. Саме стандартизація клінічних маршрутів логічно завершує систему принципів, поєднуючи доступність, фінансування та контроль якості у єдину політику.

Для гармонізації кадрових вимог ISPO кодифікувала фахівців у сфері протезування та ортезування за трьома категоріями: клініцист, технік та асистент. У новій редакції стандартів підготовки, затвердженій 2018 року, ці ролі оновлено й тепер відповідають таким професійним статусам: Prosthetist/Orthotist (клінічний спеціаліст), Associate Prosthetist/Orthotist (асистуючий клінічний/технічний), та Prosthetic/Orthotic Technician (технік, відповідальний за виготовлення) [75; 76].

Ці стандарти спираються на модель підготовки, зорієнтовану на компетенції (competency-based education): головний акцент робиться не на передавання теоретичних знань, а на формування реальних клінічних і технічних навичок, здатності до клінічної оцінки, призначення і виготовлення протезів або ортезів, планування реабілітації, а також роботу у міждисциплінарній команді [75].

Ключовим елементом такої підготовки є практична орієнтація, зокрема клінічні та технічні ротації: студенти або слухачі мають проходити стажування у клініках або реабілітаційних закладах, працювати з реальними пацієнтами, брати участь у виготовленні, примірці та адаптації протезів чи ортезів. Це дозволяє підготувати фахівця, готового до самостійної роботи, з належною кваліфікацією та досвідом. Такий підхід до навчання і підготовки кадрів створює основу для формування професійної, стандартизованої, якісної системи протезування та ортезування – з чітким розподілом ролей, гарантією компетенцій і відповідальністю незалежно від країни чи контексту.

Механізми запровадження стандартів у країнах залежать від національного законодавства та рієнтації країни на виконання міжнародних стандартів / застосування кращих практик. ВООЗ у партнерстві з ISPO та USAID у Standards for Prosthetics and Orthotics закликали використовувати цей документ як основу для адаптації через національні органи стандартизації, для створення технічних регламентів, нормативів щодо дизайну, виготовлення, якості та безпеки протезів/ортезів, а також вимог до персоналу. Як вже було зазначено, документ містить стандарти, які охоплюють чотири основні сфери: політика (governance, фінансування, інформація), продукція (протези та ортези), персонал (підготовка, кваліфікація, сертифікація) та надання послуг (service provision) – усього 60 стандартів [123]. При впровадженні цих стандартів на національному рівні створювалися державні протоколи та професійні стандарти для фахівців: з описом ролей, обов'язків, навчальних вимог, критеріїв кваліфікації, акредитації. Це дає змогу гарантувати, що підготовка,

сертифікація і практика будуть відповідати міжнародним нормам, а професіонали – мати достатню компетенцію та відповідальність.

Не менш важливим є впровадження систем забезпечення якості (quality assurance) і контролю якості (quality control) у центрах протезування. Майстерні та клініки повинні мати відповідну матеріально-технічну базу, стандартизовані технології виготовлення, підгонки, обслуговування, фітінгу, а також чіткі протоколи і документацію, що дозволяє відслідковувати безпеку, функціональність, відповідність виробів встановленим стандартам.

Щоб гарантувати, що стандарти реально виконуються, необхідна інституціоналізація незалежного моніторингу якості: регулярні аудити центрів та майстерень, зовнішня оцінка, перевірки відповідності стандартам, сертифікація або акредитація центрів і фахівців – усе це підвищує прозорість, підзвітність і довіру до системи протезування.

Окрім того, важливо інтегрувати послуги з протезування та ортезування в загальну систему охорони здоров'я та реабілітації: передбачити фінансування, зв'язки з медичними та соціальними службами, реабілітаційними закладами, забезпечити доступність цих послуг у різних регіонах, незалежно від місця проживання чи соціального статусу користувачів. Завдяки цьому стандарти не залишаться декларацією, а стануть реальною системою, яка працює для людей з інвалідністю, забезпечуючи якісні, безпечні та доступні допоміжні засоби.

У сфері протезування важливо не лише виготовити пристрій, а й оцінити, наскільки він реально покращує функцію, якість життя та мобільність пацієнта. Для вимірювання ефективності рекомендовано застосовувати стандартизовані, валідовані міжнародні інструменти – як опитувальники, так і функціональні тести. Зокрема, у клінічній практиці та дослідженнях часто використовують Prosthetic Evaluation Questionnaire (PEQ), Short Form-36 Health Survey (SF-36), а також функціональні/мобільні тести: Amputee Mobility Predictor (AMP), Timed Up and Go test (TUG), Six-Minute Walk Test (6MWT) тощо. Їхня комбінація – суб'єктивні (пацієнт-звітовані) і об'єктивні – дає набагато ширшу оцінку результатів протезування. В огляді, присвяченому інструментам оцінки у

протетичній практиці, підкреслюється, що такі заходи спроможні адекватно вимірювати мобільність, функціональний статус, якість життя та задоволеність пацієнта, і використовуються як performance-, так і patient-reported outcome measures (PROMs) [68].

Важливим аспектом сучасної протезно*ортопедичної практики є не лише виготовлення протеза, а й системна оцінка того, як він впливає на функцію, мобільність, якість життя та задоволення пацієнта. Тому рекомендовано використовувати стандартизовані, перевірені (валідовані) інструменти – як опитувальники, так і функціональні/мобільні тести. International Society for Prosthetics and Orthotics (ISPO) у своєму процесі COMPASS рекомендує для рутинного клінічного застосування такі заходи як Amputee Mobility Predictor (AMP), Timed Up and Go (TUG), двох-хвилинний тест ходьби (Two-Minute Walk Test), певні підшкали Prosthetic Evaluation Questionnaire (PEQ), а також для більш активних пацієнтів – Six-Minute Walk Test (6MWT) чи інші додаткові тести [88].

Найбільш фундаментальним дослідженням, яке підтвердило надійність таких інструментів для людей з ампутацією нижніх кінцівок, є робота, у якій перевірено повторну вимірюваність (тест-рестест) для модифікованого опитувальника оцінки протеза (Prosthetic Evaluation Questionnaire), адаптованої версії опитувальника загального стану здоров'я (SF-36V), а також для ряду функціональних тестів: шестихвилинного тесту ходьби, двоххвилинного тесту ходьби, тесту «Устань і йди», Прогнозатора мобільності ампутанта (Amputee Mobility Predictor) [94].

У систематичному огляді Hawkins E.J., Riddick W., присвяченому психометричним властивостям функціональних тестів ходьби та мобільності у людей з ампутацією нижніх кінцівок, показано, що серед таких тестів – шестихвилинний тест ходьби, Прогнозатор мобільності, тест «Устань і йди», двоххвилинний тест ходьби та інші – є валідні і надійні методи з хорошою чутливістю до змін [67]. Опитування серед практикуючих ортопед-протезистів у США показало, що значна частина клінік використовує стандартизовані

методи оцінки результатів – як опитувальники, так і функціональні тести, що свідчить про певний рівень впровадження таких інструментів у реальній клінічній практиці [88].

Отже, впровадження таких перевірених інструментів – як опитувальників, так і об'єктивних функціональних тестів – у клінічній практиці та дослідженнях є важливою передумовою для об'єктивної оцінки ефективності протезування, моніторингу адаптації пацієнтів, а також для порівнянності результатів між різними закладами та країнами.

У системі протезування та ортезування ключову роль відіграють етичні принципи – зокрема принципи неупередженості, недискримінації та поваги до гідності. Це особливо важливо для пацієнтів, які пережили травми або ампутації унаслідок бойових дій або наслідків війни, оскільки вони можуть опинитися у вразливому становищі, потребувати не лише протезів, а й соціального, психологічного та реабілітаційного супроводу. Неупередженість означає, що незалежно від обставин – був це військовий, цивільна особа, поранений чи нетравмований – кожна людина має право на рівний доступ до якісного протезування, без дискримінації за походженням, статусом, фінансовим становищем чи іншими ознаками.

Під час надання послуг протезування критичною є умова отримання інформованої згоди на кожному етапі – від первинної консультації, через виготовлення і підгонку протезу, до подальшого супроводу та обслуговування протеза. Інформована згода має містити повну, зрозумілу і доступну для пацієнта інформацію про стан здоров'я, прогноз, можливі ризики та ускладнення, альтернативні варіанти, ресурсні та організаційні аспекти, а також плани супроводу та реабілітації. Пацієнт має право приймати рішення добровільно, без примусу, з повним розумінням можливих наслідків – це фундаментальна етична передумова медичної практики [16].

При цьому важливо заборонити використання несертифікованих компонентів у процесі виготовлення протезів або ортезів. Невідповідні, неконтрольовані або неякісні матеріали, деталі чи технології можуть

спотворювати результати, створювати ризики для здоров'я, безпеки пацієнта, порушувати довіру та етичну відповідальність. Відмова від таких компонентів – частина забезпечення стандартів якості, безпеки, довготривалої надійності пристрою та поваги до пацієнта.

Загальні етичні принципи, які мають застосовуватися у протезуванні, відповідають універсальним біоетичним стандартам: повага до автономії пацієнта, принцип справедливості, принцип захисту гідності та прав людини, принцип доброзичливості (піклування) та відповідальності медичного персоналу. Ці принципи закладені у міжнародних документах з медичної етики і деонтології, і вони мають стати основою будь-якої клінічної практики, що включає протезування, зокрема в Посібнику медичної етики Всесвітньої медичної асоціації (Manual of Medical Ethics of World Medical Association).

Особливо актуальним є застосування етичних засад для людей, постраждалих унаслідок війни або бойових дій: держава, заклади охорони здоров'я та центри реабілітації мають забезпечити, щоб такі пацієнти отримували пристрої, які відповідають стандартам, мали право на інформовану згоду, підтримку, рівний доступ до послуг і не були дискриміновані за жодними ознаками. Це – питання не лише технологічної або клінічної, а й соціальної справедливості та гідності.

Забезпечення етичної практики вимагає також прозорості, контролю та підзвітності: сертифікація компонентів і майстерень, документування якості, відповідальність за рішення, пов'язані з виготовленням і видачею протезів, чіткі процедури отримання згоди та документація. Це гарантує, що пацієнт – не просто біомеханічний об'єкт, а людина з правами, гідністю і власною волею.

Враховуючи швидкий розвиток технологій (зокрема поширення біонічних, модульних або експериментальних протезів) етична оцінка таких нововведень має бути строгішою: важливо розглядати не лише функціональність, а й вплив на ідентичність, приватність, соціальну інтеграцію, психологічну адаптацію. Наприклад, у сучасному дослідженні, присвяченому етичним аспектам біонічних протезів, підкреслено важливість балансування

між технологічним прогресом та збереженням гідності, приватності та соціальної справедливості для користувачів.

Етичні засади – не формальність, а фундаментальна складова системи протезування та ортезування, яка гарантує права пацієнта, його гідність, безпеку та справедливість, та має бути невід’ємною частиною стандартів, нормативів і практичної діяльності в цій сфері.

Отже, якщо підбити підсумки, впровадження таких перевірених інструментів (опитувальників, об’єктивних функціональних тестів) у клінічній практиці та дослідженнях є важливою передумовою для об’єктивної оцінки ефективності протезування, моніторингу адаптації пацієнтів, а також для порівнянності результатів між різними закладами та країнами. Важливим аспектом сучасної протезно- ортопедичної практики є не лише виготовлення протеза, а й системна оцінка того, як він впливає на функцію, мобільність, якість життя та задоволеність пацієнта.

Висновки до розділу 1

1. Протезування є комплексним міждисциплінарним заходом, основним завданням якого є відновлення функціональних можливостей та соціальної інтеграції людини. Вихід за межі суто медичної моделі та орієнтація на соціальну інклюзію роблять його ключовим елементом державної політики, особливо в умовах гострої потреби, спричиненої наслідками травм та війни.

2. Теоретичною основою сучасної публічної політики у цій сфері служить перехід від медичної до соціальної моделі інвалідності. Це означає, що акцент зміщується з компенсації порушення функції на усунення суспільних і середовищних бар’єрів, а державна політика має забезпечувати не лише технічний засіб, але й комплекс умов для повноцінного життя.

3. Національна нормативно-правова база створює формальну основу для реалізації права на протезування, визначаючи механізми, критерії та гарантії. Однак її ефективність та відповідність сучасним викликам залежить від

гармонізації з міжнародними стандартами якості, безпеки та професійної підготовки кадрів.

4. Міжнародні стандарти та принципи формування політики пропонують цілісну систему, що об'єднує пацієнт-центричність, безперервність допомоги, справедливе фінансування та обов'язковість оцінки результатів. Запровадження цих принципів є запорукою створення прозорої, підзвітної та етичної системи, яка гарантує якість, безпеку та доступність послуг для кожного.

5. Теоретико-методологічні засади формують протезування як стратегічну, багатовимірну політику соціального відновлення. Її успіх залежить від синтезу міцних внутрішніх правових гарантій, системного впровадження міжнародних стандартів та невідступної орієнтації на гідність, автономію та повноцінну інтеграцію людини в суспільство.

РОЗДІЛ 2

ІНСТИТУЦІЙНІ ТА ФІНАНСОВІ МЕХАНІЗМИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ ПРОТЕЗУВАННЯ

2.1. Система державного фінансування протезування: роль Фонду соціального захисту осіб з інвалідністю

Ключовим аспектом проведеного дослідження є усвідомлення високої вартості якісного протезування, що потребує участі держави у забезпеченні населення протезами. Це твердження є справедливим навіть для заможних країн. Так, наприклад, економічний аналіз Black G.G. et al. [58] показує надвисоку вартість протезування навіть для представників середнього класу країн з високим рівнем прибутку населення. Але при цьому дослідники також акцентують увагу на довгострокових соціальних результатах вартісного високотехнологічного протезування та характеризують інвестиції у програми протезування як «соціально та клінічно виправдані». Дослідження демонструє покращення якості життя пацієнтів з протезами протягом 5 років.

Економічний аналіз ефективності кістково-інтегрованих протезів нижніх кінцівок показує, що хоча початкові витрати на встановлення таких протезів значно вищі порівняно з традиційними протезами з сокетом, для багатьох пацієнтів така інвестиція може бути виправданою з точки зору довгострокового покращення якості життя. Наприклад, у дослідженні «Оцінка економічної ефективності кістково-інтегрованих протезів» було показано, що ці протези підвищували показники якості життя приблизно на 17,0% порівняно з традиційними конструкціями, а умовне співвідношення «вартість/користь» становило близько 17 000 доларів за одиницю покращення якості життя, що для більшості учасників робить кістково-інтегровані протези економічно доцільним рішенням (Frossard et al.) [63].

У більш масштабному дослідженні Voigt J.D. et al. [107] щодо пацієнтів із трансфеморальною ампутацією показано, що довгострокове співвідношення «вартість/користь» для кістково-інтегрованих протезів становило від 279 до 273 доларів за одиницю покращення якості життя, залежно від групи пацієнтів, що свідчить про високу економічну ефективність при тривалому прогнозі.

У звіті оцінки технології «Кістково-інтегровані протези для пацієнтів з ампутацією нижніх кінцівок» (проект Ontario Health (Quality)) [89] зазначено, що порівняно з традиційними протезами, що не забезпечують достатнього комфорту, кістково-інтегровані конструкції мали співвідношення «вартість/користь» приблизно 94 987 доларів за одиницю покращення якості життя, а ймовірність економічної доцільності для граничної вартості 100 000 доларів за одиницю покращення оцінювалася в 54,2 %.

Таким чином, масштабні економічні дослідження останніх років у розвинених країнах підтверджують, що кістково-інтегровані протези можуть бути клінічно та соціально виправданими для багатьох пацієнтів, особливо з урахуванням тривалості життя, рівня фізичної активності та зниження ризику ускладнень, характерних для традиційних протезів. Водночас, висока вартість виготовлення та обслуговування таких протезів робить їх недоступними для багатьох людей, що підкреслює необхідність державної підтримки для забезпечення доступу до сучасних технологій протезування.

Через високу вартість виготовлення, установки та обслуговування якісних протезів (будь то протези кінцівок, стоматологічні чи ендопротези суглобів) багато пацієнтів не мають можливості звернутися до таких послуг без фінансової підтримки. Для забезпечення гарантованого доступу до протезування та реабілітації населенню потрібні державні програми чи системи фінансування, які б покривали хоча б частину витрат на виготовлення та обслуговування протезів. Лише за умови такої підтримки можна досягти справжнього соціального ефекту – відновлення функцій, самостійності та якості життя пацієнтів, незалежно від їхнього фінансового стану. Після спрощення процедур пацієнт має право обирати заклад для протезування, а

держава компенсує витрати відповідно до визначеної функціональної потреби і нормативів вартості. Це наближає модель «гроші йдуть за пацієнтом», коли фінансування виготовлення конкретного протезу здійснюється за фактично надану послугу, а базове утримання державних сервісних центрів покривається з бюджету, що створює збалансований стимул для якості і доступності.

Водночас у повідомленнях промовляється тенденція до зростання частки допоміжних засобів задовго не лише базової ортопедичної підтримки, а й складних протезів: у 2024 році держава виділила понад 5 млрд грн на протезування та реабілітацію, що дозволило забезпечити понад 108 000 осіб та видати понад 416 000 засобів реабілітації.

За даними Міністерство соціальної політики України, за перші два місяці 2025 року громадянам було надано понад 58,5 тисяч засобів реабілітації в межах державного забезпечення, у першій половині 2025 року – понад 56 тис. осіб отримали засоби реабілітації, загалом – майже 208 000 виробів. Серед них: 9,4 тис. протезів кінцівок (верхніх і нижніх); понад 96 000 пари ортопедичного взуття; майже 30 000 протезно- ортопедичних виробів; понад 8,4 тис. крісел колісних; понад 48 000 протезів молочної залози; близько 21,7 тис. інших засобів [85; 86] (табл. 2.1).

Таблиця 2.1 – Статистичні дані щодо забезпечення протезно- реабілітаційними засобами громадян України у 2024–2025 рр.

Період / Покриття	Кількість отримувачів, осіб	Кількість засобів реабілітації, виробів / одиниць	Коментар / деталі
Перше півріччя 2025	> 56 000	≈ 208 000	Державна програма забезпечення засобами реабілітації (Мінсоцполітики України)
Січень–лютий 2025	18 600	58 500	Частина загальної програми 2025 року (Мінсоцполітики України)
Січень–квітень 2025	~ 37 000	~ 130 000	Проміжні результати програми (Мінсоцполітики України)
2024 рік (загалом)	~ 108 000	~ 416 000	За загальним державним фінансуванням у 2024 р. (Одеса Дейлі)

Ці дані дають загальне уявлення про масштаб забезпечення населення засобами реабілітації (протези, ортопедичне взуття, допоміжні засоби, ремонт/обслуговування) у межах державної програми. Водночас вони не дають прив'язки до конкретних центрів (приватних чи державних) і не розділяють за регіоном географічного розподілу. Проте вони відображають охоплення великої кількості громадян і свідчать про масштабність державної мережі з надання протезно-реабілітаційних послуг. При цьому серед виданих засобів – як прості ортопедичні вироби та взуття, так і складніші протези кінцівок, що вимагають матеріально-технічної бази для виготовлення, примірки, обслуговування та можливого ремонту.

Держава забезпечує протезування та реабілітацію осіб з інвалідністю через програму, яку адмініструє Фонд соціального захисту осіб з інвалідністю (ФСЗОІ) у співпраці з Міністерством соціальної політики України. Основним майданчиком реалізації цієї політики є офіційна онлайн-платформа для протезування, через яку громадяни можуть подати заявку на безоплатне отримання протезу або іншого засобу реабілітації, а також отримати інформацію про процедуру, перелік доступних засобів, постачальників та права на ремонт, заміну чи обслуговування виробів [26].

Після подання заявки особа проходить оцінку потреб (експертизу), на підставі якої визначається необхідний засіб – від простих ортопедичних виробів до складних протезів кінцівок. Далі ФСЗОІ укладає угоду з одним із зареєстрованих державних або приватних центрів, які мають право виготовляти або постачати такі засоби. Це гарантує, що виробник чи постачальник має відповідну ліцензію або атестацію, а замовлення від держави фінансується напряму, без залучення коштів пацієнта. За бажання користувача можлива компенсація за самостійну закупівлю засобу відповідно до затверджених норм [51]. Офіційні дані демонструють масштабність програми: загальна сума фінансування за цей період – близько 2,4 мільярда гривень [24]. Її виконання дозволяє отримати допомогу незалежно від місця реєстрації, що є критично важливим для внутрішньо переміщених осіб, ветеранів та людей, які змінили

місце проживання в умовах війни. Заявка може бути подана онлайн або через органи соціального захисту, ЦНАП чи територіальні відділення ФСЗОІ [29].

Таким чином, структура фінансування протезування передбачає виділення коштів з державного бюджету, їх адміністрування через Фонд соціального захисту осіб з інвалідністю, подальший розподіл між зареєстрованими державними та приватними центрами, що виготовляють або постачають засоби реабілітації, і забезпечує доставку та отримання цих засобів пацієнтами, створюючи офіційний, централізований механізм надання протезно-реабілітаційних послуг, який гарантує безкоштовність, доступність, можливість вибору постачальника та контроль якості.

Попри позитивні зміни у структурі засобів реабілітації, система забезпечення протезами і ортезами стикається з рядом обмежень. Дані, що публікуються державними органами, не деталізують географічне покриття послуг, що ускладнює оцінку доступності для населення у віддалених регіонах [23]. Крім того, видані високотехнологічні протези вимагають регулярного сервісного обслуговування та ремонту, що не завжди можливе у малих містах або на лінії фронту [80].

Водночас у системі існує потреба у підвищенні прозорості використання бюджетних коштів та у моніторингу ефективності фінансування, що дозволило б оптимізувати розподіл ресурсів між державними та приватними центрами. Особливо важливо інтегрувати протезування з іншими державними програмами, зокрема фізичною реабілітацією, психологічною підтримкою та медико-соціальними послугами, щоб забезпечити комплексну допомогу пацієнтам із бойовими травмами та цивільним населенням.

Варто відзначити, що доступні публічні дані не дають змоги навести точну статистику динаміки за роками (наприклад, 2019, 2023, 2025) стосовно структури засобів (скільки складних протезів, скільки базових ортезів). Жоден із відкритих звітів Фонду чи Мінсоцполітики не містить такої деталізації. Тому будь-яке порівняння динаміки має характер наближених оцінок або спирається на поодинокі заяви у медіа. Це є важливим обмеженням для аналітики. Наявні

тенденції (зростання частки складних протезів, зростання потреби у протезах нижніх кінцівок, збільшення частки «високотехнологічних» рішень) можна лише констатувати, проте їх масштаби та точну динаміку поки що неможливо кількісно описати через брак відкритої статистики.

Незважаючи на значні обсяги державного забезпечення протезно-реабілітаційних засобів, доступна статистика не дозволяє деталізувати географічне покриття надання послуг. Дані про видані протези і ортези здебільшого наводяться загалом по країні, без розбивки за регіонами або окремими центрами. Це ускладнює оцінку того, наскільки ефективно держава забезпечує потреби населення у віддалених або тимчасово окупованих територіях [119]. Крім того, державна статистика не враховує черги пацієнтів на отримання складних протезів. Офіційні звіти Фонду соціального захисту осіб з інвалідністю та Мінсоцполітики України відображають лише кількість виданих засобів, але не надають інформацію про час очікування або пріоритетність забезпечення окремих категорій громадян, що особливо критично для осіб із бойовими травмами та дітей [105].

Важливо також зазначити, що видані протези, особливо складні функціональні або високотехнологічні, потребують сервісного обслуговування та ремонту. У віддалених регіонах або населених пунктах, де немає спеціалізованих центрів, забезпечення регулярного обслуговування є проблемним, що може призвести до скорочення терміну служби виробів та зниження ефективності реабілітації [80]. Ще одним обмеженням є неповна прозорість використання бюджетних коштів. Хоча державні програми передбачають централізовану систему контролю через Фонд соціального захисту осіб з інвалідністю, відсутність відкритої публічної звітності щодо розподілу коштів між приватними та державними центрами та деталізації витрат на виготовлення, доставку і сервісне обслуговування засобів реабілітації ускладнює оцінку ефективності фінансування [83].

Таким чином, наявні дані дозволяють оцінити лише загальні масштаби забезпечення населення протезами та реабілітаційними засобами, але не дають

повної картини щодо доступності, якості, часу очікування та географічного покриття, що формує потребу у вдосконаленні механізмів контролю та прозорості використання державних ресурсів.

Ефективне забезпечення населення протезно- реабілітаційними засобами неможливе без координації з іншими державними програмами та системою охорони здоров'я. В Україні функціонують кілька ключових структур, які взаємодіють у цьому процесі: Міністерство охорони здоров'я, служби соціального захисту, державні та приватні реабілітаційні центри, а також спеціалізовані програми медико-соціальної допомоги. Таке поєднання дозволяє забезпечити комплексний підхід до реабілітації пацієнтів, поєднуючи виготовлення протезів, фізичну терапію, ерготерапію та психологічну підтримку [116].

У межах державних програм проводиться експертиза потреб пацієнтів, яка включає оцінку фізичного стану, функціональної здатності та психологічного стану, що дозволяє визначити оптимальний тип протеза чи ортезу, а також необхідний обсяг реабілітаційних послуг. Після цього кошти для виготовлення та обслуговування засобів реабілітації централізовано виділяються через Фонд соціального захисту осіб з інвалідністю, з подальшим контролем за використанням ресурсів і якістю наданих послуг [80].

Особливу увагу приділено комплексному підходу, що передбачає не лише забезпечення протезом, а й проведення систематичної фізичної реабілітації, адаптаційних тренувань, навчання користуванню виробом, а також психологічної підтримки пацієнтів. Це особливо важливо для осіб, які зазнали бойових травм, а також для дітей та осіб із тяжкими багатоскладовими ампутаціями, де ефективність реабілітації без міждисциплінарного підходу значно знижується [105].

Координація між державними і приватними центрами дозволяє оптимізувати використання ресурсів, скоротити час виготовлення і фітингу протезів, а також забезпечити регулярне обслуговування і ремонт виробів. Завдяки комплексному підходу державна система прагне інтегрувати медичні,

соціальні та психологічні аспекти реабілітації, що підвищує якість життя осіб з інвалідністю та сприяє їхній соціальній інтеграції [83].

Таким чином, ефективна взаємодія між державними програмами охорони здоров'я, соціального захисту та реабілітаційними послугами формує системний, комплексний механізм підтримки осіб, які потребують протезування, що дозволяє забезпечити безперервність догляду, підвищити якість послуг та адаптувати систему до потреб пацієнтів різних категорій.

Оптимізація фінансування протезно-реабілітаційних послуг є ключовим фактором підвищення ефективності державної системи підтримки осіб з інвалідністю. Одним із основних напрямів є планування закупівель і укладання довгострокових контрактів на виготовлення та обслуговування протезів і ортезів. Це дозволяє не лише забезпечити безперервність постачання засобів реабілітації, а й сприяє стабільності цін та зниженню ризиків дефіциту через непередбачувані коливання ринку [80]. Не менш важливим є моніторинг ефективності використання коштів, що передбачає регулярний контроль за дотриманням бюджетних норм, звітність державних та приватних центрів, а також оцінку результатів реабілітації. Такий підхід дозволяє виявляти вузькі місця у процесі забезпечення пацієнтів, оптимізувати маршрути доставки та скоротити затрати на адміністративні операції [116].

Державний контроль за якістю виробів і послуг є критичною складовою системи. Це включає сертифікацію протезів і ортезів, оцінку компетенції персоналу, фітінг та сервісне обслуговування. Забезпечення високих стандартів якості гарантує безпеку пацієнтів, підвищує ефективність реабілітації та запобігає марному використанню бюджетних коштів [105].

Впровадження цих заходів дозволяє зменшити ризики неефективного використання ресурсів, підвищити прозорість фінансування, а також створює основу для довгострокового стратегічного планування системи протезування та реабілітації в Україні. Така комплексна політика фінансування сприяє підтримці високого рівня якості та доступності послуг для всіх категорій пацієнтів.

2.2 Комбінована модель надання послуг: взаємодія державного, приватного та благодійного секторів

В Україні існує комбінована система фінансування протезування, де основним джерелом є державний бюджет. Кошти виділяються через Фонд соціального захисту осіб з інвалідністю, який підпорядкований Міністерству соціальної політики. Держава, на основі висновку спеціальної комісії, визначає необхідний функціонал і вартість протезу для кожного окремого випадку, після чого Фонд покриває витрати на його виготовлення та встановлення. Повторю важливу статистичну викладку: у 2024 році на цілі протезування було виділено понад 4,5 млрд грн, що майже вдвічі більше за показник попереднього року, і ця сума офіційно визнана достатньою для поточних потреб. Після повномасштабного вторгнення було спрощено бюрократичні процедури отримання протезів, і пацієнти отримали право самостійно обирати заклад для протезування, а держава оплачує його вартість згідно з встановленими нормативами. Окремо з 2023 року діє державна програма забезпечення військових високофункціональними протезами з електронними компонентами, бюджет якої становить 1 млрд грн.

Паралельно з державною системою функціонують приватні протезно-ортопедичні підприємства. Вони виготовляють протези та отримують відшкодування від держави за тією самою програмою технічних засобів реабілітації, якщо мають відповідну акредитацію. Більшість приватних виробників інтегровані в цю систему державного замовлення, що створює здорову конкуренцію між державними та приватними надавачами послуг і стимулює розвиток якості. Однак державних коштів не завжди вистачає на покриття дорогих комплексних протезів. За оцінками частини постачальників, у 2022–2023 роках деяким пацієнтам доводилося шукати додаткове фінансування. У таких випадках різницю між вартістю протезу та сумою державної компенсації покривають або самі пацієнти, або благодійні фонди та спонсори.

Протягом 2024 та 2025 років ситуації покращувалась. Активно працював Фонд соціального захисту осіб з інвалідністю, який адмініструє забезпечення технічними засобами реабілітації і покриття вартості індивідуально визначених протезів. Аналізу його роботи присвячений параграф 2.1. У перші два місяці 2025 року громадянам було надано понад 58,5 тисяч засобів реабілітації в межах державного забезпечення, що демонструє зростання спроможності системи та самого фонду у сфері протезування та суміжних послуг.

Окремим явищем стали сучасні протезні центри, засновані благодійними фондами та волонтерами, які працюють без прямого державного фінансування. Вони надають послуги безкоштовно для пацієнтів за рахунок донорських коштів, грантів та партнерських внесків. Яскравими прикладами є центри Superhumans та UNBROKEN, які незалежно управляються і фінансуються благодійниками, включаючи великі міжнародні фонди, меценатів і корпоративних донорів. При цьому такі центри часто співпрацюють з державою на стратегічному рівні; наприклад, перша леді України та Міністр охорони здоров'я входять до наглядової ради центру Superhumans, який розміщений на базі державного госпіталю ветеранів у Львові.

Таким чином, механізми фінансування в Україні є комбінованими: держава оплачує протезування переважній більшості громадян, тоді як приватні та благодійні центри або отримують ці кошти через систему відшкодування, або залучають позабюджетні ресурси для підвищення технологічного рівня послуг. Механізми координації та інтеграції послуг у системі протезування в Україні передбачають взаємодію державного, приватного та благодійного секторів для забезпечення максимально ефективного розподілу ресурсів та задоволення потреб пацієнтів. Держава через Фонд соціального захисту осіб з інвалідністю формує централізовану базу заявок на протезування, що дозволяє визначати черги та пріоритети для надання послуг. Приватні та благодійні центри, інтегровані в цю систему, передають інформацію про наявні ресурси, типи доступних протезів і поточну завантаженість, що допомагає уникати дублювання послуг та оптимізувати розподіл засобів реабілітації.

Централізовані електронні системи дозволяють координувати процеси від звернення пацієнта до отримання протеза: починаючи з подання електронної заявки, проходження експертизи потреб, формування замовлення на виготовлення та завершуючи приміркою і реабілітацією. Додатково, взаємодія з обласними реабілітаційними центрами забезпечує моніторинг пацієнтів, які потребують спеціалізованого догляду або повторного підбору протезу, а також дозволяє оперативно коригувати логістику поставок і планування виробництва.

Такий підхід сприяє комплексності надання послуг: пацієнт отримує не лише сам протез, а й фізичну реабілітацію, психологічну підтримку та подальше сервісне обслуговування. Координація між різними секторами забезпечує ефективність використання ресурсів і зменшує ризик прогалин у доступності високотехнологічних протезів, особливо для військовослужбовців та постраждалих унаслідок бойових дій.

Забезпечення якості виготовлення та фітінгу протезів у приватних та благодійних центрах потребує системного навчання фахівців стандартам державної системи протезування. Для цього організуються сертифікаційні курси та навчальні програми, що відповідають державним регламентам та міжнародним стандартам. Курси включають оцінку потреб пацієнта, виготовлення індивідуальних протезів, фітінг та корекцію, реабілітаційні протоколи, а також супровід психологічної адаптації [61].

Підвищення кваліфікації проводиться як у форматі очних тренінгів, так і дистанційних вебінарів, що дозволяє охопити фахівців із різних регіонів. Координація навчання між державними, приватними та благодійними центрами гарантує єдині стандарти якості послуг, запобігає технічним помилкам при виготовленні протезів і підвищує безпеку пацієнтів.

Таким чином, роль навчання та підвищення кваліфікації персоналу у комбінованій моделі протезування є критичною, оскільки забезпечує інтеграцію стандартів державної системи у практику приватних і благодійних центрів, підвищуючи ефективність та якість протезно-реабілітаційних послуг.

Проблеми інтеграції благодійних ініціатив у державну систему протезування в Україні пов'язані, насамперед, з відсутністю нормативно-правового регулювання для благодійних центрів, що надають протезно-реабілітаційні послуги. Це створює ризики подвійного фінансування та недостатнього контролю якості виготовлення і фітінгу протезів. Водночас успішні моделі співпраці між державними структурами та благодійними організаціями демонструють можливість підвищення ефективності надання послуг. Наприклад, благодійний центр UNBROKEN, що працює на базі Львівського державного госпіталю ветеранів, забезпечує безкоштовне протезування за рахунок донорських коштів і одночасно співпрацює з державними програмами щодо реєстрації пацієнтів та контролю за якістю послуг [1].

Цей підхід дозволяє створювати платформу для масштабування благодійних ініціатив, інтегруючи їх у національну систему без порушення стандартів безпеки та якості. Проте повна інтеграція потребує чіткого врегулювання юридичних питань, стандартизації процесів і формування прозорих механізмів фінансування та обліку отриманих результатів [80].

Таким чином, комбіноване використання державних ресурсів, приватних підприємств та благодійних фондів може стати ефективним механізмом підвищення доступності протезно-реабілітаційних послуг, але вимагає запровадження нормативних документів, що регулюватимуть співпрацю та контроль якості.

Цифровізація стала одним із ключових елементів реалізації Національної стратегії зі створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року, затвердженої Кабінетом Міністрів України у відповідь на необхідність підвищення доступності соціальних послуг для всіх груп населення, включно з людьми з інвалідністю та особами, які потребують протезування (National Barrier-Free Strategy 2030) [39]. В рамках цієї стратегії цифрові інструменти визначаються як інструменти забезпечення інформаційної безбар'єрності, що передбачає доступ до цифрових послуг та державної інформації для всіх

громадян (безбар'ерна стратегія охоплює доступність електронних сервісів та онлайн-інформації) [31].

Стратегічними цілями політики безбар'єрності є створення інклюзивного суспільства, забезпечення рівних прав та можливостей для всіх громадян. Це передбачає: повну соціальну інтеграцію та активну громадянську участь; формування в суспільстві усвідомлення важливості безбар'єрного простору та життя без дискримінації; гарантії рівного доступу до політичних процесів та правосуддя. Ключовими пріоритетами держави також є підвищення рівня здоров'я та фізичної активності населення, а також переорієнтація системи соціального захисту на створення реальних можливостей для самореалізації, зокрема через участь у спортивному житті, включаючи Паралімпійські та Дефлімпійські ігри.

Концепція безбар'єрності є комплексною та охоплює ключові сфери життя. Фізична безбар'єрність забезпечує доступність середовища, інформаційна – зрозумілість контенту для всіх, а цифрова – рівні можливості в онлайн-просторі. Суспільна та громадянська безбар'єрність спрямована на подолання соціальних упереджень та залучення до публічного життя, тоді як освітня – на створення умов для інклюзивного навчання. Економічна безбар'єрність покликана усувати перешкоди для фінансової незалежності та участі в ринку праці. Взаємозв'язок компонентів безбар'єрності наведений у додатку Д.

Національна стратегія безбар'єрності до 2030 року, реалізована Міністерством соціальної політики, передбачає безоплатне отримання високоякісних протезів й інших засобів реабілітації для всіх, хто цього потребує, а також цифровізацію процесів вивчення потреб і обліку наданої допомоги. Урядові комунікації підкреслюють постійне вдосконалення і спрощення процедур забезпечення, що має зменшити час очікування і кількість бюрократичних взаємодій для пацієнтів, а також посилити контроль якості та адресність підтримки. Цифрові інструменти служать практичним провідником цієї стратегії: онлайн-платформа з інформацією про державну програму

протезування консолідує ключові дані, включно з механізмами компенсації, списками виробів, алгоритмами звернення і контактами, що є базовим елементом електронної трансформації послуг у цій сфері.

Державна політика включає також окремі інструменти для підвищення прозорості і доступності інформації: створено онлайн-платформу про державну програму протезування, що розроблена Міністерством соціальної політики спільно з Фондом соціального захисту осіб з інвалідністю. Вона дозволяє громадянам орієнтуватися у процедурах, правах, переліках виробів і постачальників, а також спрощує взаємодію між пацієнтом і надавачами послуг. Одним із важливих напрямів є впровадження електронних платформ, що дозволяють централізовано консолідувати дані про державні програми, зокрема про забезпечення допоміжними засобами реабілітації та протезування, з детальними алгоритмами звернення, переліком виробів і постачальників, а також механізмами компенсації. Такі сервіси створюють умови для автоматизації процесів оцінювання потреб, зменшують кількість адміністративних бар'єрів і скорочують строк очікування на отримання допомоги, що відповідає принципам підвищення ефективності державних послуг через цифрові рішення (Barrier-Free Strategy Implementation) [37].

Крім цього, цифрові інструменти мають потенціал підсилювати прозорість та контроль якості в системі соціальної підтримки: завдяки електронному обліку та відкритому доступу до інформації громадяни можуть краще орієнтуватися у процедурі отримання протезів, а органи влади – ефективніше моніторити виконання програм і приймати управлінські рішення на основі реальних даних. Таким чином, цифровізація втілює стратегічну мету державної політики щодо безбар'єрної доступності послуг і рівних можливостей у суспільстві, що закріплено у відповідних урядових документах і планах заходів до 2030 року (National Barrier-Free Strategy 2030) [30].

Наукова оцінка державної політики безбар'єрності була надана у роботах Лопушинського І.П. та Слободян Л.Я. [18; 19]. Автори вказують на суттєві прогалини у реалізації державної політики безбар'єрності в Україні.

Незважаючи на нормативно-правові акти та стратегічні документи, фактична діяльність органів публічного управління часто не забезпечує рівний доступ громадян до всіх сфер життя, а безбар'єрне середовище залишається неповноцінним. Крім того, недостатність статистичних даних ускладнює оцінку ефективності політики та планування подальших заходів. Незважаючи на амбітність ініціатив та ухвалених стратегічних документів, практична реалізація формування безбар'єрного простору в Україні стикається з численними проблемами, зокрема недостатнім фінансуванням, низьким рівнем підготовки кадрів та фрагментарністю впровадження заходів на місцевому рівні. Відсутність чітких механізмів контролю та оцінки ефективності реалізації Стратегії ускладнює визначення реального впливу державної політики на життя громадян. Крім того, активна участь громадськості та експертів часто обмежується консультаційними процесами без реальної можливості впливати на пріоритети та розподіл ресурсів, що ставить під сумнів сталість досягнутих результатів. Таким чином, незважаючи на декларативну підтримку принципів рівності, доступності та інклюзії, на практиці безбар'єрний простір залишається неповним і не охоплює всі соціальні групи в повному обсязі.

Сазонець О.М. та ін. [40] при вивченні фінансування безбар'єрності та ініціатив органів влади в сфері інклюзії з'ясували, що, незважаючи на наявність державних та міжнародних джерел фінансування, загальний рівень ресурсного забезпечення залишається недостатнім для повноцінного впровадження інклюзивних проектів. Автори підкреслюють, що успіх ініціатив значною мірою залежить від ефективності координації між центральними та місцевими органами влади, а також від здатності залучати приватні ресурси через партнерські програми. Водночас дослідники також критикують фрагментарність існуючих програм та низьку швидкість реалізації проектів у період військових дій, що стримує динаміку створення безбар'єрного середовища. Вони наголошують на необхідності комплексного підходу до фінансування та моніторингу ефективності заходів, а також на пріоритетності стратегічного планування з урахуванням потреб маломобільних груп населення

та вразливих категорій громадян. Ці спостереження логічно підводять до висновку, що ефективність безбар'єрності неможлива без системного використання сучасних інформаційних технологій та цифрових платформ, які здатні забезпечити доступність послуг і інформації для всіх категорій населення. Водночас, попри значний потенціал цифровізації як інструменту безбар'єрності, її практичне впровадження обмежене фрагментарністю, недостатнім фінансуванням, низьким рівнем цифрової грамотності населення та відсутністю ефективних механізмів моніторингу, що ставить під сумнів досягнення повної інформаційної та цифрової безбар'єрності.

Таким чином, хоча цифровізація позиціонується як ключовий інструмент безбар'єрності, на практиці її впровадження обмежене фрагментарністю, недостатнім фінансуванням, низьким рівнем цифрової грамотності населення та відсутністю ефективних механізмів моніторингу, що ставить під сумнів досягнення повної інформаційної та цифрової безбар'єрності.

Висновки до розділу 2

1. Високоякісне протезування є високовартісним, що обумовлює ключову роль держави у його фінансуванні для забезпечення соціальної справедливості та доступності. Економічні дослідження підтверджують, що навіть дорогі високотехнологічні рішення (наприклад, кістково-інтегровані протези) є соціально та клінічно виправданими у довгостроковій перспективі завдяки значному покращенню якості життя пацієнтів.

2. В Україні сформована централізована державна система фінансування протезування через Фонд соціального захисту осіб з інвалідністю (ФСЗОІ), яка забезпечує безоплатне надання засобів реабілітації на основі оцінки потреб. Система працює за моделлю, близькою до "гроші йдуть за пацієнтом", дозволяючи вибір надавача послуг серед акредитованих державних і приватних центрів. Обсяги фінансування значно зросли, що забезпечило надання сотень тисяч протезно-ортопедичних виробів.

3. Система характеризується відсутністю детальної, відкритої статистики, що є ключовим обмеженням для аналізу. Відсутність публічних даних за типами протезів, регіонами, чергами очікування та динамікою за роками ускладнює оцінку реальної доступності, ефективності розподілу ресурсів та формування довгострокової політики.

4. Іншими суттєвими обмеженнями системи є недостатня прозорість використання бюджетних коштів, проблеми з географічним покриттям та наданням сервісного обслуговування у віддалених регіонах, а також необхідність більш тісної інтеграції з іншими медичними та соціальними програмами для забезпечення комплексної реабілітації.

5. В Україні діє комбінована модель надання послуг, що поєднує державне фінансування, приватні протезні підприємства (які отримують державне відшкодування) та благодійні центри, що фінансуються за рахунок донорських коштів. Така модель сприяє конкуренції та розширенню доступу до високотехнологічних рішень, але потребує чіткішого нормативно-правового регулювання співпраці та контролю якості для уникнення ризиків подвійного фінансування та неузгодженості стандартів.

6. Цифровізація виступає важливим інструментом реалізації публічної політики у сфері протезування в рамках Національної стратегії створення безбар'єрного простору. Створення єдиних інформаційних платформ спрямоване на спрощення процедур, підвищення прозорості та доступності послуг. Однак практичне впровадження цифрових інструментів стикається з проблемами фрагментарності, недостатнього фінансування, низької цифрової грамотності та відсутності ефективних механізмів моніторингу їх ефективності.

7. Інституційні та фінансові механізми реалізації політики протезування в Україні показали здатність до масштабування та адаптації, особливо в умовах війни. Однак для підвищення ефективності, справедливості та довгострокової стабільності системи необхідне вдосконалення моніторингу, планування, прозорості та нормативної бази для гармонізації взаємодії між державним, приватним та благодійним секторами.

РОЗДІЛ 3

СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПРОБЛЕМИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ ПРОТЕЗУВАННЯ В УКРАЇНІ

3.1 Вплив повномасштабної війни на потреби та механізми протезування: виклики та адаптація

Протезування та ортезування в Україні є критично важливим елементом системи медичної та соціальної реабілітації, який забезпечує відновлення мобільності, функціональної активності та якості життя пацієнтів з ампутацією та іншими порушеннями опорно-рухового апарату. Незважаючи на наявні нормативні документи, державні програми та міжнародні стандарти, реалізація публічної політики у цій сфері стикається з численними викликами: недостатнє фінансування, обмеженість ресурсів, нерівномірний доступ до послуг у різних регіонах, а також потреба у висококваліфікованих кадрах і сучасних технологіях. Особливо гостро ці проблеми проявилися в умовах повномасштабної війни, коли кількість осіб з бойовими пораненнями, травмами та ампутаціями різко зросла, а наявні механізми протезування потребують швидкої адаптації та масштабування. Це створює необхідність системного аналізу сучасного стану політики протезування, оцінки її ефективності, виявлення слабких місць та пошуку шляхів оптимізації механізмів надання послуг, інтеграції міжнародних стандартів, забезпечення етичності та прозорості процесів. Такий аналіз дозволяє сформулювати науково обґрунтовані рекомендації для державних органів, медичних закладів і центрів протезування щодо підвищення якості, доступності та безпеки послуг для всіх категорій пацієнтів, включно з учасниками бойових дій та цивільними, які постраждали внаслідок війни [57; 79].

Сучасна система протезування в Україні стикається з комплексом нових викликів, що зумовлені як соціально-економічними чинниками, так і

наслідками повномасштабної війни. Різке збільшення потреб у протезно-ортопедичних послугах вимагає адаптації існуючих механізмів забезпечення, вдосконалення інфраструктури та підвищення рівня професійної підготовки фахівців. Водночас ефективне функціонування системи залежить від залучення міжнародної підтримки, благодійних ініціатив і координації з неурядовими організаціями, що сприяє забезпеченню комплексної реабілітації пацієнтів, стандартизації послуг та підвищенню їх доступності для цивільних та військових, які постраждали внаслідок бойових дій.

Система реабілітації і протезування стикається з серйозними проблемами після початку війни. Lawry L.L. et al. [82] провели 36 глибинних інтерв'ю працівників системи травматології та реабілітації в Україні, щоб оцінити, як війна вплинула на здатність системи надавати реабілітаційну допомогу. Вони виявили нестачу фахівців фізичної та ерготерапії, дефіцит протезно-ортопедичних засобів і сучасного обладнання, нерівномірність доступу до послуг у різних регіонах, бюрократичні затримки, а також недостатню підтримку психічного здоров'я у контексті реабілітаційних маршрутів, що особливо загострюється в умовах значного збільшення кількості осіб із бойовими травмами. недостатність кадрів, дефіцит обладнання, слабку інтеграцію психічного здоров'я, нерівний доступ до медичних послуг між військовими та цивільними. Автори підкреслюють, що війна створила «безпрецедентний тиск» на систему травми/реабілітації, перетворивши її на систему з підвищеною навантаженістю, багатьма «прогалинами» і потребою в координації та інвестиціях.

У низці оглядових матеріалів відзначається зростання потреби в протезах для верхніх і нижніх кінцівок в Україні через бойові поранення; при цьому автори звертають увагу, що офіційної зведеної статистики щодо повної кількості цивільних і військових, яким потрібні протези, у відкритому доступі не оприлюднено» [64]. Унаслідок війни та спричиненого нею дефіциту бюджетних коштів, а також високого рівня корупції в країні, темпи забезпечення протезами як цивільного населення, так і військовослужбовців, є недостатніми.

Прискоренню процесу забезпечення протезами має сприяти персональна відповідальність чиновників системи соціального забезпечення топ-рівню.

У своєму річному (за 2024 рік) звіті Міністерство соціальної політики України [45, с. 3] описало реформу соціального страхування, яка передбачає забезпечення потреб людей, які постраждали від травм чи хвороб, задля їх поверненню на ринок праці та забезпечення гідного рівня життя. В реалізації цієї політики міністерство використовує ринкові інструменти управління соціальними послугами, створюючи конкурентні умови для недержавних надавачів послуг. Здорова конкуренція має підвищувати якість надання соціальних послуг та збільшувати ефективність використання державних коштів.

Суттєвою перепорою для своєчасного забезпечення протезно- ортопедичними виробами стає руйнування медичної інфраструктури, порушення транспортних коридорів і збої в постачанні медичних засобів. Через пошкодження лікарень, складів, доріг та логістичних мереж, доставка матеріалів, комплектуючих і готових протезів навіть до регіонів із наявною потребою часто затримується або стає неможливою [120]. Гуманітарні та волонтерські організації, міжнародні партнери й державні служби мусили швидко організувати альтернативні шляхи – мобільні склади, логістичні хаби, тимчасові маршрути доставки через безпечні регіони, що значно ускладнює координацію, подовжує терміни і підвищує вартість доставки. Наприклад, забезпечення лікарень критичними медичними засобами та обладнанням здійснювалося через гуманітарні конвої, залізничні перевезення та спеціалізовані канали логістики, щоб обійти зони активних бойових дій [121].

Для системи протезування, де важливі не лише швидкість, а й точність – відповідність розміру, правильний підбір матеріалів та контроль якості – такі збої в логістиці означають не просто затримку, а ризик непридатності виробів, невідповідності стандартам, або потребу в повторній адаптації. Це створює додаткове навантаження на майстерні, пацієнтів та державні ресурси, а також підвищує ймовірність відмов від протезів або їх дефектів.

Логістичні виклики – це не побічна проблема, а ключовий фактор, який впливає на доступність, своєчасність і якість послуг протезування в умовах війни. Перебудова постачальних ланок, створення гнучких механізмів доставки, запровадження запасів «про запас» та залучення міжнародних партнерів мають стати пріоритетом для стабільної роботи системи.

Значну роль у розвитку інфраструктури протезування відіграє міжнародна підтримка. Міжнародна підтримка суттєво прискорює розвиток виробництва, технологій і стандартів надання послуг з протезування. Донорські та грантові програми, зокрема від міжнародних фондів, урядових інституцій і гуманітарних організацій, інвестують у будівництво, оснащення майстерень, страхування ризиків і навчання персоналу, що посилює стійкість галузі та зменшує її залежність від коливань бюджетного фінансування. Співпраця таких центрів із державними органами наглядового рівня допомагає узгоджувати стандарти якості, інтегрувати досвід у публічну політику та масштабувати технологічні рішення [102].

Окремим явищем сучасної системи забезпечення протезами українців у роки війни стали сучасні протезні центри, засновані благодійними фондами та волонтерами, які працюють без прямого державного фінансування. Вони надають послуги безкоштовно для пацієнтів за рахунок донорських коштів, грантів та партнерських внесків. Яскравими прикладами є центри Superhumans та UNBROKEN. При цьому такі центри часто співпрацюють з державою на стратегічному рівні. Наприклад, перша леді України та Міністр охорони здоров'я входять до наглядової ради центру Superhumans [99].

Центр Superhumans був створений за рахунок значних пожертв, зокрема \$16,3 млн від фонду Говарда Баффета на будівництво та оснащення. Уряд США через Міжнародну фінансову корпорацію розвитку надав страхування політичних ризиків на \$ 25 млн для донорів цього центру, що захищає інвесторів і стимулює їхню готовність вкладати кошти. Центр UNBROKEN у Львові також критично залежить від міжнародної допомоги, отримуючи гранти від таких організацій, як Direct Relief, Міжнародний Комітет Червоного Хреста,

а також пряме фінансування від урядів Німеччини та Литви на будівництво нових корпусів та обладнання протезних майстерень. Це дозволяє швидко розвивати інфраструктуру, не покладаючись виключно на обмежені бюджетні кошти. Програма UNBROKEN отримує фінансову підтримку від ряду міжнародних організацій та урядів, серед яких Direct Relief, Червоний Хрест, а також уряди Німеччини та Литви. Ці гранти відіграють ключову роль у забезпеченні ефективного функціонування програми, дозволяючи їй не лише закуповувати необхідне медичне обладнання та протези, а й організувати повноцінні реабілітаційні послуги для постраждалих. Завдяки таким коштам, UNBROKEN може забезпечувати сучасні методи протезування, впроваджувати передові технології в реабілітаційних центрах і підтримувати навчальні програми для медичних і технічних спеціалістів, які працюють із пацієнтами [103].

Фінансування від донорів дозволяє програмі діяти значно швидше та гнучкіше, ніж це було б можливо лише за рахунок державного бюджету. Це означає, що інфраструктура реабілітаційних центрів може розвиватися динамічно: модернізуються приміщення, закуповується новітнє обладнання, організуються тренінги для персоналу, а пацієнти отримують доступ до послуг у найкоротші терміни. Крім того, така підтримка дає змогу UNBROKEN оперативно реагувати на кризові ситуації, включаючи військові конфлікти чи інші надзвичайні медичні випадки, коли швидкість надання допомоги є критично важливою [54].

Донори не лише забезпечують фінансову стабільність програми, а й створюють умови для її стратегічного розвитку. Завдяки їхній допомозі, UNBROKEN може планувати довгострокові проекти, розширювати спектр послуг та збільшувати охоплення пацієнтів, зокрема тих, хто постраждав від війни, травм чи хронічних захворювань. Підтримка донорів стає не просто ресурсом, а фундаментом, на якому будується вся система швидкого та якісного протезування й реабілітації.

3.2 Інфраструктурне забезпечення та кадровий потенціал: аналіз проблеми дефіциту фахівців

Історично в Україні склалася мережа державних протезно-ортопедичних підприємств, які фінансуються з держбюджету та мають соціальну місію. Сьогодні багато з них перетворено на сучасні сервісні центри, які надають послуги з ремонту, навчання та обслуговування. Фінансування державних центрів є комбінованим: базове утримання (зарплати, інфраструктура) здійснюється за рахунок бюджету, а виготовлення конкретних протезів оплачується Фондом соцзахисту за кожного пацієнта, тобто кошти «ходять» за пацієнтом. Приватні центри, що з'явилися переважно в 2000-х роках, часто є більш гнучкими у впровадженні нових технологій та співпраці з іноземними виробниками. Вони можуть пропонувати більш просунуті рішення, такі як біонічні протези рук, раніше за державні заводи. Однак державні підприємства мають ширшу мережу та досвід роботи з різними категоріями пацієнтів.

Наявна мережа державних протезно-ортопедичних підприємств трансформується у сучасні сервісні центри з фокусом на ремонт, навчання користувачів і довгострокове обслуговування, тоді як приватний сектор швидше адаптує інновації у компонентах і процесах.

Проведено аналіз наявних даних щодо інфраструктури протезно-ортопедичних центрів в Україні з метою оцінки їхнього розподілу та доступності для пацієнтів у різних регіонах. Очікувалося отримати детальну статистику щодо кількості державних і приватних центрів у кожній області, наявності мобільних бригад та охоплення сільських і віддалених районів.

На жаль, опубліковані наукові та державні джерела не містять такої системної інформації. Доступними є лише часткові дані: за інформацією Міністерства соціальної політики України, у першій половині 2025 року понад 56 000 українців отримали 208 000 засобів реабілітації (протези, ортопедичне взуття та інші засоби) за державні програми [86], що обнадіює на тлі даних того ж міністерства про забезпечення 3 з 20 тисяч військовослужбовців, що

потребували протезування у 2024 році. Також за окремими оцінками, загальна кількість організацій, що надають послуги з протезування та підтримки людей з інвалідністю, сягає близько 48 установ на кінець 2025 року [91]. Наявні дані дозволяють лише частково оцінити інфраструктурне забезпечення, вказуючи на обмежену доступність деяких територій та потребу у розширенні мережі центрів і мобільних послуг.

Таким чином, державна мережа протезно-ортопедичних центрів охоплює значну кількість пацієнтів і підтримується базовим державним фінансуванням та механізмом «гроші ходять за пацієнтом». Водночас відомо, що сільські та віддалені райони залишаються частково недоохопленими, а дані про наявність мобільних або виїзних бригад не опубліковані, що ускладнює оцінку фактичної доступності послуг у цих регіонах.

Фінансування інфраструктури протезно-ортопедичних центрів включає кілька рівнів, що забезпечують їхнє функціонування та розвиток. Крім базового державного фінансування на утримання приміщень та оплату праці, значну роль відіграють гранти міжнародних організацій і партнерські внески. З доступних даних відомо, що міжнародні донори, такі як Direct Relief та Червоний Хрест, виділяють кошти на модернізацію обладнання, закупівлю високотехнологічних протезів та організацію навчальних програм для персоналу. Частина фінансування спрямовується на страхування ризиків при впровадженні інноваційних технологій [101; 104].

В Україні діє механізм «гроші ходять за пацієнтом», який дозволяє централізовано фінансувати виготовлення протезів саме для конкретного пацієнта. На підставі офіційних даних Міністерства соціальної політики, у 2025 році понад 56 000 громадян отримали понад 208 000 реабілітаційних засобів за державною програмою, що частково компенсує витрати на виробництво та обслуговування [86].

Попри наявність таких механізмів, існують суттєві виклики. Зокрема, високі витрати на оновлення технологій і обладнання, складність залучення грантових коштів на віддалені регіони, а також необхідність координації між

різними донорськими і державними потоками фінансування обмежують швидкість модернізації центрів. Доступні дані свідчать, що державні протезні заводи в окремих областях відстають у технічному оснащенні порівняно з приватними і міжнародними ініціативами [91].

Аналіз матеріально-технічної бази протезно-ортопедичних центрів в Україні показує, що сучасні сервісні та приватні центри оснащені спеціалізованими приміщеннями для виготовлення та ремонту протезів, які включають майстерні з робочими станками, діагностичними та вимірювальними пристроями. На відміну від частини державних підприємств, де обладнання іноді застаріле, приватні та міжнародні ініціативи впроваджують сучасні технології 3D-друку, роботизовані пристрої та комп'ютеризовані системи моделювання протезів [101].

Ключовим елементом інфраструктури є наявність складських приміщень для зберігання запасних частин, компонентів та матеріалів для протезів. Доступність таких складів забезпечує швидке обслуговування пацієнтів і оперативний ремонт протезів, що особливо критично в умовах зростаючого попиту після військових травм [86].

Важливим аспектом є організація навчальних кабінетів та лабораторій для підготовки фахівців. Сучасні центри оснащені лабораторіями для практичних занять, навчальними класами з комп'ютерним обладнанням та симуляційними майданчиками, що дозволяє підтримувати високий рівень кваліфікації протезистів та ортезистів. Така матеріально-технічна база сприяє формуванню професійного середовища, яке відповідає міжнародним стандартам підготовки фахівців [91; 104].

Протезно-ортопедичні центри в Україні дедалі частіше інтегруються в ширшу систему реабілітаційних послуг, що включає фізіотерапію, ерготерапію та психологічну підтримку пацієнтів після травм та військових поранень. Така комплексна модель дозволяє забезпечити не лише виготовлення та адаптацію протезів, а й послідовне відновлення функцій кінцівок, адаптацію до нових можливостей та підтримку психоемоційного стану пацієнтів. Дослідження

показують, що комплексна інтеграція знижує ризик вторинних ускладнень і прискорює процес реабілітації. Важливим аспектом є тісна співпраця протезних центрів із медичними закладами, стаціонарами та реабілітаційними центрами. Це включає координацію між хірургами, реабілітологами та протезистами для індивідуального планування відновлення, а також передачу даних про пацієнтів у цифровому вигляді для моніторингу прогресу. З доступної статистики відомо, що частина сучасних центрів організовує мультидисциплінарні команди, які забезпечують комплексний підхід до пацієнтів у регіонах із високим навантаженням на систему [86].

Такий рівень інтеграції потребує відповідної організаційної та технологічної інфраструктури: окремих приміщень для фізіотерапії та психологічної підтримки, комп'ютеризованих систем для планування реабілітаційних програм і обміну даними між центрами. Мобільні бригади центрів також включають спеціалістів з реабілітації, що дозволяє надавати допомогу у віддалених районах, підвищуючи доступність комплексної підтримки для всіх пацієнтів [91]. Аналіз фінансування протезно-ортопедичної інфраструктури показує, що державне фінансування здебільшого покриває базове утримання центрів: утримання приміщень, оплату праці персоналу та базове обладнання. При цьому державне фінансування не завжди охоплює модернізацію та закупівлю високотехнологічного обладнання, що створює розрив між потребами пацієнтів і технічними можливостями центрів [86].

Для подолання цієї прогалини центри активно використовують гранти та донорські кошти, які спрямовуються на модернізацію обладнання, впровадження нових технологій, закупівлю матеріалів для протезів та підвищення кваліфікації персоналу. Такий механізм фінансування дозволяє швидко реагувати на зміну попиту та впроваджувати інновації без тривалого бюрократичного затримання бюджетних процедур [101].

Механізм «гроші ходять за пацієнтом» застосовується для фінансування виготовлення конкретних протезів: держава або страхові фонди покривають вартість послуги за фактичним пацієнтом, що стимулює центри ефективно

використовувати ресурси та адаптувати виробництво під індивідуальні потреби [91]. Попри ці механізми, інфраструктура стикається з кількома критичними проблемами. По-перше, недостатня кількість сучасних центрів у віддалених і сільських районах обмежує доступність послуг для частини населення. По-друге, висока вартість модернізації обладнання та оновлення технологій створює фінансовий бар'єр для державних підприємств. По-третє, деякі державні заводи продовжують працювати на застарілих технологіях, що знижує якість послуг і ефективність виробництва [104].

Гострою проблемою залишається дефіцит кваліфікованих протезистів і реабілітологів, який загострився через значне збільшення кількості пацієнтів після повномасштабного вторгнення. Гідно з дослідженням Krykavskyy Y. et al., навіть до початку повномасштабної війни забезпечення кадрового потенціалу було нерівномірним: значна частина фахівців концентрувалась у великих містах, тоді як регіони з меншими центрами залишались недостатньо покритими [80]. В умовах війни ця проблема загострилася через евакуацію частини персоналу, тимчасову окупацію територій та руйнування інфраструктури. Аналіз даних ВООЗ показав, що у 2022–2023 роках у низці областей України кількість активних фахівців з протезування та реабілітації зменшилась на 30–40 %, що безпосередньо вплинуло на доступність послуг для постраждалих [120].

Нестача кадрів ускладнює своєчасне забезпечення пацієнтів протезами та ортезами, а також проведення необхідних реабілітаційних процедур. Дослідження Міжнародної організації праці (ILO, 2023) підкреслює, що для підтримки функціональної спроможності пацієнтів після ампутацій критично важливо мати достатню кількість сертифікованих протезистів і фахівців з фізичної та ерготерапії [69].

Зменшення кадрового потенціалу призводить також до нерівномірності якості послуг. У деяких регіонах пацієнти змушені очікувати на фітінг протеза кілька місяців, тоді як у великих містах процес значно швидший. Крім того, обмежені ресурси змушують центри використовувати менш кваліфікованих

асистентів для виконання процедур, що може впливати на безпеку та ефективність реабілітації [121].

У контексті цього нагальною є потреба в розвитку програм підготовки та підвищення кваліфікації фахівців, а також у впровадженні системи стандартизованих компетенцій, яка дозволяє ефективно інтегрувати нових спеціалістів у роботу центрів протезування та реабілітації [76].

Міністерство соціальної політики офіційно визнало нестачу кадрів. Вирішення проблеми кадрового дефіциту галузі лежить в площинах навчання додаткових кадрів та підвищення мотивації існуючих. Зарплати фахівців протезування за останні роки зросли через високий попит і можуть сягати 50–70 тис. грн на місяць, особливо в приватному секторі. Для подолання дефіциту впроваджуються нові освітні програми; у 2023 році професію «протезист/ортезист» офіційно внесено до Національного класифікатора. Розробляється відповідний освітній стандарт за міжнародними вимогами. Паралельно тривають численні курси підвищення кваліфікації, організовані міжнародними виробниками та благодійними фондами.

Так, у 2024 році в Україні було започатковано системну підготовку фахівців – протезистів-ортезистів, коли Міністерство охорони здоров'я України офіційно затвердило спеціалізацію 224.02 «Протезування та ортезування» у межах спеціальності 224 «Технології медичної діагностики та лікування», що відкриває шлях до повноцінної магістерської підготовки [84]. Це рішення стало відповіддю на тривалий кадровий дефіцит на тлі зростання потреби в протезно-реабілітаційних послугах, спричиненого масштабами травм і ампутацій. До цього підготовка спеціалістів базувалася переважно на короткострокових курсах, які не могли забезпечити необхідний обсяг компетентностей [28].

Побудова нової освітньої моделі орієнтується на міжнародні стандарти. Міжнародне товариство з протезування та ортезування (International Society for Prosthetics and Orthotics, ISPO) визначає структуру освітніх програм, вимоги до практичної підготовки, клінічних навичок і матеріально-технічного забезпечення, що дозволяє Україні синхронізувати власні стандарти з

глобальними [60]. Навчальні програми також включають міжнародну співпрацю. У 2024–2025 роках представники українських університетів здійснювали навчальні візити до закордонних протезних центрів, зокрема у Швеції, з метою ознайомлення з організацією клінічних практик, сучасними протезними технологіями та моделями сервісу [50].

Паралельно формується система підготовки викладачів і тренерів, необхідних для забезпечення сталості новостворених програм. У 2025 році було оголошено набір на тренінги для педагогів за стандартами ISPO, включно з впровадженням структурованих клінічних іспитів та моделей оцінювання компетентностей [50].

Попри очевидний прогрес, глобальна кадрова проблема залишається значною. За даними ISPO, 80–90 % людей у світі не мають доступу до протезів чи ортезів переважно через брак кваліфікованих фахівців, навчальних програм і клінічних баз у країнах із низьким та середнім рівнем доходу [73]. Це підкреслює важливість подальшого нарощування кадрового потенціалу, модернізації навчальних платформ та розвитку клінічних майданчиків, аби підготовка фахівців відповідала реальному зростаючому попиту в Україні.

Висновки до розділу 3

1. Вплив повномасштабної війни призвів до критичного розриву між потребою та можливостями системи. Кількість потребуючих у протезах різко зросла через бойові травми, тоді як система, яка й до війни функціонувала з труднощами, опинилася під «безпрецедентним тиском». Руйнування інфраструктури та логістичні збої ускладнюють своєчасне постачання матеріалів і доставку готових виробів, що безпосередньо впливає на якість та доступність допомоги.

2. Інфраструктурне забезпечення є нерівномірним і фрагментованим, формуючи «двошвидкісну» систему. Існує суттєва різниця між технічно застарілими державними підприємствами та сучасними приватними або

благодійними центрами, які швидше впроваджують інновації. Географічний доступ до послуг залишається нерівномірним: сільські та віддалені регіони, а також окремі області недостатньо охоплені мережею протезних центрів та мобільних бригад.

3. Дослідження показало, критичний дефіцит кваліфікованих протезистів, ортезистів і реабілітологів, який існував і раніше, посилюється через евакуацію фахівців та різке збільшення навантаження. Це призводить до затримок у обслуговуванні, нерівномірної якості послуг між регіонами та ризику зниження стандартів безпеки. Запровадження офіційної освітньої спеціалізації – це важливий, але довгостроковий крок.

4. Міжнародна підтримка та благодійні ініціативи стали незамінним буфером та драйвером розвитку, фактично створюючи паралельну, більш ефективну модель. Такі центри, як Superhumans чи UNBROKEN, за рахунок грантів і донорських коштів швидко впроваджують передові технології, будують потужності і надають безкоштовні послуги. Їхній успіх одночасно рятує ситуацію і яскраво демонструє відставання традиційної державної системи, ставлячи виклик щодо масштабування найкращих практик на всю країну.

5. Сучасна система протезування в Україні перебуває в стані глибокої системної кризи, що вимагає не поступової модернізації, а швидкої та комплексної трансформації. Для подолання розриву між зростаючою потребою та реальними можливостями необхідна синхронна координація трьох рівнів: екстреного масштабування послуг для ліквідації наслідків війни, структурної реформи фінансування та інфраструктури, а також повної інтеграції міжнародних стандартів якості та кадрової підготовки. Майбутня ефективність системи залежатиме від здатності держави консолідувати внутрішні ресурси, гнучко інтегрувати міжнародну допомогу та створити єдину, якісну та доступну модель надання послуг для всіх громадян.

РОЗДІЛ 4

ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ РОЗВИТКУ ПРОТЕЗУВАННЯ

4.1 Оптимізація фінансових механізмів та забезпечення стійкості фінансування в умовах воєнного та повоєнного стану

Розвиток системи протезування в Україні посідає важливе місце серед пріоритетних напрямів соціальної та медичної політики, оскільки забезпечення високоякісними засобами протезування є ключовим для повноцінної реабілітації осіб з інвалідністю, включно з тими, хто отримав поранення під час збройної агресії російської федерації. Забезпечення доступності протезів та комплексної реабілітації прямо пов'язане із завданнями Національної стратегії зі створення безбар'єрного простору в Україні до 2030 року, що передбачає інтеграцію медичних, соціальних і технологічних аспектів підтримки маломобільних груп населення в умовах воєнного та повоєнного відновлення суспільства [39].

Водночас складна соціально-економічна ситуація, зумовлена повномасштабною війною, висунула на перший план необхідність перегляду існуючих підходів до фінансування, кадрового забезпечення та координації між центральними й місцевими органами влади. Сучасна публічна політика в сфері протезування має стати не лише механізмом оперативної реакції на критичні потреби, але й основою для довгострокового планування, яке забезпечить стійкість доступу до якісних протезів та реабілітаційних послуг для військових, цивільних постраждалих і людей з інвалідністю. Це потребує комплексного підходу до оптимізації фінансових механізмів, кадрової політики та узгодження стратегічних пріоритетів із євроінтеграційними процесами.

Насамперед, важливо підкреслити, що фінансування системи протезування в Україні має бути адаптоване до умов воєнного та повоєнного

часу, коли кількість осіб, які потребують протезування, значно зросла, а державні ресурси обмежені. Незважаючи на позитивні кроки у вдосконаленні державної програми протезування, зокрема забезпечення безоплатних протезів та допоміжних засобів у межах державної програми протезування, за які понад 56 000 українців отримали засоби реабілітації протягом першої половини 2025 року [21; 62], існує потреба в структурному підході до стабілізації фінансових механізмів та забезпечення їхньої стійкості.

Крім того, оцінка ефективності таких заходів неможлива без відповідної кадрової політики, що здатна подолати дефіцит висококваліфікованих протезистів та реабілітологів. Розбудова сучасної системи реабілітації, яка включає мультидисциплінарні команди фахівців, уже здійснюється в Україні шляхом розширення мережі реабілітаційних відділень, амбулаторної та стаціонарної реабілітації, проте суттєво залежить від наявності кваліфікованих кадрів і відповідних стандартів освіти та практики [33].

Також визначальним є узгодження стратегічних пріоритетів у сфері протезування з більш широкою політикою безбар'єрності – від доступу до медичних та реабілітаційних послуг до інтеграції осіб з інвалідністю у соціально-економічне життя через створення умов для їхньої участі в освіті, працевлаштуванні та громадській діяльності. У цьому контексті підвищується значення інтеграції з євроінтеграційними процесами, що передбачають впровадження європейських стандартів якості, доступності та ефективності при розробці нормативно-правових актів та надання послуг [39].

Удосконалення публічної політики розвитку протезування в Україні вимагає не лише поточного вирішення оперативних завдань, а й послідовної реалізації стратегічних підходів у трьох взаємопов'язаних напрямках: фінансових механізмах, кадровому забезпеченні та стратегічному плануванні в контексті безбар'єрності й євроінтеграції.

У сучасних умовах повномасштабної війни проти України забезпечення стійкого та адекватного фінансування галузі охорони здоров'я є одним із ключових чинників гарантування безперервності медичної допомоги, включно з

реабілітаційними послугами та протезуванням постраждалих громадян. Фінансова стабільність системи охорони здоров'я дозволяє забезпечувати виконання державних зобов'язань перед населенням, підтримувати інфраструктуру та професійні кадри, а також адаптуватися до різких змін у попиту на медичні послуги, що спричинені бойовими діями та переміщенням внутрішньо переміщених осіб [124].

Збройна агресія росії значно збільшила тиск на національну систему охорони здоров'я України через зростання кількості поранених, руйнування лікарняних установ та навантаження на ресурси для надання термінової та довготривалої медичної допомоги [112]. В таких умовах фінансові механізми, що діють у мирний час, виявилися недостатньо гнучкими для оперативного реагування на надзвичайний попит на високотехнологічні послуги, включно з протезуванням та комплексною реабілітацією. Це значною мірою зумовлено тим, що традиційна модель фінансування охорони здоров'я передбачає планування та розподіл ресурсів на договірних засадах, що є ефективним у стабільних умовах, але менш адаптованим до кризових ситуацій, коли необхідне швидке перерозподілення коштів та розширення пакетів медичних гарантій [17].

Фінансова стабільність у сфері медичних послуг є одним із компонентів стійкості національної системи охорони здоров'я, що включає не лише доступ до базових профілактичних та лікувальних заходів, але й здатність забезпечувати спеціалізовані послуги довготривалої підтримки, такі як протезування, фізична реабілітація та психологічна допомога після травм. У цьому контексті роль державних фінансових механізмів виходить далеко за межі простого розподілу бюджетних коштів: вони повинні передбачати механізми гнучкого реагування на нові виклики, прозорого моніторингу витрат та ефективного використання ресурсів, що включає взаємодію з міжнародними партнерами та донорськими механізмами [34].

Особливо гострою ця проблема постає у сфері протезування та реабілітації, де витрати на індивідуальні високотехнологічні засоби можуть значно перевищувати середні показники витрат на стандартні медичні послуги.

Підвищена складність протезів, що включають електронні компоненти, та вимоги до їх адаптації до індивідуальних потреб пацієнтів роблять фінансове планування та забезпечення сталість фінансування складними завданнями з огляду на обмеженість державного бюджету в умовах воєнного стану. Водночас стрімке зростання кількості осіб, які потребують таких послуг, обумовлене збільшенням бойових поранень та травм серед військових і цивільних осіб, що висуває додаткові вимоги до бюджетного планування та забезпечення доступності цих послуг у довгостроковій перспективі [2].

Протезування може коштувати мільйони: чим вища ампутація, тим дорожчого протезу потребує людина. Вартість функціональних протезів сягає мільйонів гривень, що суттєво перевищує середню вартість стандартних медичних послуг і створює значні фінансові виклики для державного бюджету у воєнний період, коли кількість поранених з ампутаціями значно зросла через бойові дії.

Спеціальні програми для військових, що потребують протезування, є окремою лінією державної політики. У 2023–2025 роках діє виділена бюджетна програма забезпечення військовослужбовців високофункціональними протезами, включно з електронними компонентами, обсягом близько 1 млрд грн. Програма сфокусована на швидкому доступі та підвищених вимогах до функціональності виробів для ветеранів і військових пацієнтів. Її реалізація поєднує державне фінансування, стандартизацію компонентів та залучення акредитованих постачальників, що дозволяє інтегрувати кращі доступні технології у державний контур забезпечення. У 2023–2025 рр. реалізується окрема бюджетна програма з виділенням приблизно 1 млрд грн на забезпечення військовослужбовців високофункціональними протезами, включно з електронними компонентами [2; 62].

Програма орієнтована на швидкий доступ до послуг та підвищені вимоги до функціональності виробів, що забезпечує максимально ефективну реабілітацію ветеранів і військових пацієнтів. Механізми реалізації включають державне фінансування, стандартизацію компонентів протезів та залучення

акредитованих постачальників, що дозволяє інтегрувати кращі доступні технології у державний контур забезпечення.

У фахових політичних і наукових колах акцентується увага на необхідності перегляду бюджетних механізмів з метою створення фінансових резервів, адаптованих до умов кризи, які дозволяють не лише підтримувати поточні стандарти надання медичних послуг, але й масштабувати спеціалізовані послуги, включно з протезуванням та довготривалою реабілітацією. Цей підхід відповідає загальній тенденції зміцнення фінансової стійкості системи охорони здоров'я, що включає використання стратегій мобілізації внутрішніх ресурсів, ефективної співпраці з міжнародними фінансовими установами та впровадження інноваційних моделей фінансування у кризових умовах [53]. Так, Шелеміна Н.І. (2023), розглянувши проблеми бюджетного фінансування охорони здоров'я в Україні, констатує недостатність бюджетних ресурсів, брак прозорих механізмів розподілу коштів, а також потребу адаптації фінансових моделей для забезпечення стійкості системи в умовах економічних та соціальних викликів.

З огляду на вищезазначене, адаптація бюджетних механізмів до специфіки воєнного часу має включати не лише збільшення фінансових ресурсів, але й створення умов для їхнього ефективного і прозорого розподілу за пріоритетними напрямками, розробку спеціальних програм фінансування високих технологій та реабілітаційних послуг, а також оптимізацію внутрішніх процедур планування з урахуванням прогнозів захворюваності та потреб у протезуванні постраждалих осіб. Комплексний підхід до забезпечення стійкості фінансування системи протезування передбачає планування на тривалий період, що охоплює як воєнний, так і повоєнний час. Таке планування дозволяє не лише підтримувати безперервність надання медичних послуг, а й забезпечувати поступове відновлення та модернізацію інфраструктури реабілітаційних центрів, оновлення обладнання та впровадження нових технологій протезування [108].

Для досягнення фінансової стійкості необхідне поєднання ресурсів різного походження: державних бюджетних коштів, міжнародної технічної та фінансової допомоги, а також залучення приватних партнерів через публічно-приватні

програми. Такий підхід дозволяє розподіляти ризики та забезпечувати швидке реагування на різкі зміни у попиті на протезні та реабілітаційні послуги. Чеберяко О., Колесник В. [52] підкреслюють, що пост-воєнна реконструкція медичної системи потребуватиме значних інвестицій, залучення міжнародної допомоги та державно-приватного партнерства для відновлення та модернізації інфраструктури, а підвищення ефективності медичних послуг відновлення та модернізація системи охорони здоров'я в Україні у свою чергу вимагатиме залучення ефективного управління за кращими моделями інших успішних країн. ВООЗ також говорить [113] про важливу роль державно-приватних партнерств у сфері охорони здоров'я в Україні, зазначає необхідність залучення приватних інвестицій та міжнародної підтримки для зміцнення медичної інфраструктури та послуг, що безпосередньо стосується питання фінансової стійкості та комбінування різних джерел фінансування в умовах обмежених державних ресурсів.

Моніторинг ефективності використання коштів та прозорості їх розподілу, впровадження системи показників ефективності, регулярна оцінка фінансових потоків та звітність перед громадськістю і органами влади необхідні не лише для раціонального використання ресурсів, а й підвищать довіру до державних програм протезування та реабілітації. Також це дозволяє оперативно коригувати фінансові механізми відповідно до зміни потреб населення та масштабів бойових дій.

Фінансова стійкість є ключовою умовою ефективного функціонування системи протезування, оскільки від наявності стабільного та достатнього фінансування залежить забезпечення своєчасного доступу до високоякісних протезів і комплексних реабілітаційних послуг для всіх категорій населення, зокрема військових, ветеранів та цивільних осіб, що постраждали внаслідок бойових дій, а також здатність держави адаптувати бюджетні механізми до кризових умов і забезпечувати довгострокову сталість програм протезування.

Гострою проблемою залишається дефіцит кваліфікованих протезистів і реабілітологів, який загострився через значне збільшення кількості пацієнтів

після повномасштабного вторгнення. Міністерство соціальної політики офіційно визнало нестачу кадрів у сфері протезування та реабілітації, що ускладнює забезпечення військових, ветеранів і цивільних постраждалих високоякісними засобами протезування та комплексними реабілітаційними послугами [39].

Вирішення проблеми кадрового дефіциту галузі лежить в площинах навчання додаткових кадрів та підвищення мотивації існуючих. Зарплати фахівців протезування за останні роки зросли через високий попит і можуть сягати 50–70 тис. грн на місяць, особливо в приватному секторі [33]. Для подолання дефіциту впроваджуються нові освітні програми; у 2023 році професію «протезист/ортезист» офіційно внесено до Національного класифікатора. Розробляється відповідний освітній стандарт за міжнародними вимогами. Паралельно тривають численні курси підвищення кваліфікації, організовані міжнародними виробниками та благодійними фондами [62].

У 2023 році професію «протезист/ортезист» офіційно внесено до Національного класифікатора професій, що стало важливим кроком для формалізації підготовки фахівців у галузі протезування та реабілітації [32]. Розробка освітніх стандартів здійснюється з урахуванням міжнародних вимог, включно зі стандартами Всесвітньої організації охорони здоров'я (WHO) та ISO/IEC для протезування, що забезпечує відповідність українських програм світовим практикам та покращує якість підготовки фахівців [118].

У медичних закладах та технікумах впроваджуються нові навчальні програми, що передбачають теоретичну та практичну підготовку за сучасними методиками протезування та ортезування, включно з роботою з електронними компонентами та цифровими технологіями [33]. Паралельно для практикуючих протезистів організовуються міжнародні курси підвищення кваліфікації, що проводяться як державними організаціями, так і міжнародними виробниками та благодійними фондами. Такі програми сприяють впровадженню передових технологій і методик у клінічну практику та підвищують готовність фахівців до роботи в умовах зростаючого попиту [62].

Програми стажування у провідних клініках України та за кордоном дозволяють протезистам та реабілітологам здобувати практичний досвід у сучасних методиках протезування та ортезування, що відповідають міжнародним стандартам [118]. Курси підвищення кваліфікації, включно з онлайн-форматом, забезпечують безперервне навчання для практиків, дозволяють оновлювати знання про нові технології та методики, а також адаптуватися до змін у законодавстві та нормативних вимогах. Мотиваційні програми передбачають сертифікацію фахівців, акредитацію центрів протезування, підвищення заробітної плати та соціальних гарантій, що сприяє утриманню кваліфікованих кадрів у галузі та стимулює професійну мобільність усередині країни. Хоча координація державних і приватних ініціатив формально присутня, на практиці вона часто залишається фрагментарною. Наприклад, узгодження навчальних програм з реальною потребою у кваліфікованих кадрах відбувається не завжди, що може призводити до дисбалансу між кількістю випускників і потребою ринку. Співпраця з міжнародними фондами та виробниками протезів часто залежить від волатильності фінансування, грантових циклів та зовнішніх факторів, тому стабільність доступу до сучасних технологій не гарантована.

Публічно-приватні партнерства поки що розвинені лише частково і концентруються на окремих великих містах, що залишає регіони з обмеженим доступом до практичної підготовки. Також відсутність чітких механізмів контролю та оцінки ефективності таких партнерств може знижувати їх реальну користь для системи протезування [36].

Важливим елементом кадрової політики у сфері протезування та реабілітації є формування дієвої системи контролю якості професійної діяльності фахівців. У цьому контексті першочергового значення набуває впровадження національної системи сертифікації протезистів та реабілітологів, яка має забезпечити єдині вимоги до рівня освіти, практичних навичок і професійної етики. Така система дозволяє не лише підтверджувати кваліфікацію фахівців на етапі входження в професію, але й створює механізм

відповідальності за дотримання встановлених стандартів у повсякденній практиці. Не менш важливою є орієнтація на відповідність міжнародним стандартам, зокрема ISO/IEC та європейським нормам у сфері протезування і ортезування, які регламентують вимоги до безпеки, функціональності та індивідуальної адаптації протезних виробів. Гармонізація національних підходів із цими стандартами сприяє підвищенню якості послуг, полегшує інтеграцію українських фахівців у міжнародний професійний простір та забезпечує порівнюваність результатів реабілітації з практиками країн ЄС [72].

Системний контроль якості неможливий без постійного моніторингу професійної компетентності, що має здійснюватися через механізми періодичної атестації та обов'язкового безперервного професійного розвитку. Регулярна переоцінка знань і навичок дозволяє враховувати швидкий розвиток технологій у протезуванні, оновлення клінічних підходів і зміну потреб пацієнтів, а також запобігає формальному характеру сертифікації. У сукупності ці інструменти формують основу для підвищення довіри до системи протезування й забезпечення стабільної якості послуг у довгостроковій перспективі.

Реалізація комплексної кадрової політики у сфері протезування та реабілітації дозволить у середньостроковій перспективі суттєво збільшити кількість кваліфікованих фахівців за рахунок поєднання формальної освіти, безперервного професійного розвитку та стандартизованої сертифікації. Очікується, що це безпосередньо вплине на підвищення якості протезних і реабілітаційних послуг, зменшення черг і розширення географічної доступності допомоги, зокрема у регіонах. Узгодження національних підходів із міжнародними практиками й стандартами створює передумови для довгострокової стійкості системи, підвищення довіри пацієнтів і інтеграції української моделі протезування у європейський та глобальний професійний простір.

4.2 Стратегічні пріоритети: реалізація Національної стратегії безбар'єрності до 2030 року та інтеграція з євроінтеграційними процесами

В умовах високої потреби у сучасних протезах для значної кількості постраждалих від війни в Україні національна стратегія може бути не тільки калькою європейської моделі соціального забезпечення осіб, що потребують протезування, та безбар'єрного середовища для людей з протезами, але й лабораторією для вдосконалення. Ключові виклики та пріоритети на 2025–2030 роки можна описати як:

– Стійкість фінансування, що разом з підтриманням підвищених бюджетних обсягів і розширенням механізмів компенсації для дорогих комплексних протезів з урахуванням реальної вартості комплектуючих та сервісу дозволить забезпечити протезами мінімум 90 % потребуючих у перший же рік втрати кінцівок.

– Глибока цифровізація, яка спроможна відстежувати потреби у протезах певної якості та їх забезпечення, їх забезпечення, логістику постачання протезів і засобів реабілітації, надасть можливість самостійного вибору закладу для протезування.

– Кадрова політика залучення існуючих та навчання нових фахівців в протезування та реабілітацію, з масштабуванням освітніх програм, прискоренням підвищення кваліфікації та стандартизації компетенцій згідно з міжнародними вимогами, включно з міждисциплінарними командами реабілітації.

– Міжсекторальна координація, яка здатна забезпечити продовження роботи міжвідомчих механізмів, розширення державно-приватних партнерств та інституційне закріплення ролі донорів у довгостроковій інфраструктурі.

– Якість і інновації у відновленні функціональності, нормативів вітчизняного виробництва якісних протезів, стандартів реабілітації. Підтримка випробувань та локалізації виробництва високотехнологічних елементів

протезів і систем реабілітації має відбуватися за умови дотримання стандартів безпеки. Тому безпеку можна розглядати як частину якості.

Вирішення соціальної проблеми якісного протезування осіб, що його потребують у короткі терміни після втрати кінцівок відповідає євроінтеграційним зобов'язанням України та безпосередньо корелює з імплементацією положень права Європейського Союзу у сфері соціального захисту, охорони здоров'я та недискримінації. Реалізація Національної стратегії безбар'єрності до 2030 року в поєднанні з євроінтеграційними процесами формує рамку для системних змін, у межах яких протезування розглядається не як разова соціальна послуга, а як елемент безперервного ланцюга медичної допомоги, реабілітації та соціальної інтеграції. Такий підхід дозволяє забезпечити рівний доступ до високоякісних протезів і реабілітаційних послуг незалежно від місця проживання, соціального статусу чи форми власності закладу, підвищує стійкість системи до кризових викликів і створює передумови для наближення українських практик до стандартів ЄС, водночас зберігаючи простір для інновацій та адаптації до унікальних умов повоєнного відновлення.

Висновки до розділу 4

1. Стратегія розвитку протезування має ґрунтуватися на тристоронній оптимізації, що охоплює фінансові механізми, кадрову політику та стратегічне планування в контексті безбар'єрності та євроінтеграції. Забезпечення фінансової стійкості у воєнних та повоєнних умовах вимагає гнучкого бюджетного планування, створення спеціальних програм для високотехнологічних протезів, комбінування державних, міжнародних і приватних ресурсів і підвищення прозорості моніторингу витрат.

2. Подолання критичного дефіциту кваліфікованих протезистів та реабілітологів є ключовою передумовою якості послуг. Це потребує системного підходу: масштабування формальної освіти на основі нових професійних

стандартів, організації безперервного підвищення кваліфікації (включаючи міжнародні стажування) та впровадження національної системи сертифікації і атестації фахівців, узгодженої з міжнародними нормами.

3. Інтеграція політики протезування в рамки Національної стратегії безбар'єрності до 2030 року та євроінтеграційні процеси є стратегічним орієнтиром. Вона перетворює протезування з розової послуги на складник безперервного ланцюга медико-соціальної реабілітації, спрямованого на соціальну інтеграцію. Це вимагає поглибленої цифровізації, міжвідомчої координації, адаптації нормативної бази до стандартів ЄС та залучення інновацій для відновлення функціональності пацієнтів.

ВИСНОВКИ

1. Публічна політика протезування в Україні сформувалася як стратегічна складова соціального відновлення, орієнтована на забезпечення безоплатного доступу до сучасних протезів, посилення державного фінансування та цифровізацію. Її концептуальною основою є перехід від медичної до соціальної моделі інвалідності, що робить акцент не лише на технічному засобі, але на повноцінній соціальній інтеграції людини.

2. Реалізація цієї політики заснована на комбінованих механізмах фінансування та надання послуг. Ключову роль відіграє централізована державна система через Фонд соціального захисту осіб з інвалідністю, яка після початку повномасштабної війни була адаптована: спрощені процедури та модель «гроші йдуть за пацієнтом» підвищили оперативність. Паралельно приватні та благодійні центри (як отримуючи державне відшкодування, так і залучаючи позабюджетні кошти) слугують драйверами інновацій та якості.

3. Проте повномасштабна війна загострила системні проблеми до рівня глибокої кризи, виявивши критичний розрив між зростаючою потребою та можливостями інфраструктури. Незважаючи на масштабування фінансування, система страждає від браку прозорості, детальної статистики, гострого дефіциту кадрів і географічної нерівності у доступі та сервісному обслуговуванні.

4. Міжнародна підтримка та благодійні ініціативи стали незамінним буфером у кризу, демонструючи високі стандарти якості та швидкості. Їх успіх одночасно рятує ситуацію і контрастно виявляє відставання традиційної державної системи, ставлячи виклик щодо масштабування кращих практик та гармонізації стандартів по всій країні.

5. Стратегія вдосконалення політики має ґрунтуватися на синхронній трансформації в трьох напрямках: забезпечення фінансової стійкості через гнучке багатоджерельне планування; подолання кадрового дефіциту через

створення сучасної системи освіти, сертифікації та безперервного розвитку; та повна інтеграція протезування в рамки Національної стратегії безбар'єрності та євроінтеграційні процеси, перетворивши його на ланку безперервної медико-соціальної реабілітації.

6. Майбутня ефективність системи залежатиме від здатності держави провести не поступову модернізацію, а швидку та комплексну реформу. Ця реформа має поєднати зміцнення внутрішніх інституційних механізмів, гнучку інтеграцію міжнародних стандартів і донорської підтримки, а також створення єдиної, якісної та справедливо доступної моделі. Кінцевою метою є відновлення гідності, автономії та повноцінного життя кожної людини, що потребує протезування, незалежно від обставин її травми чи місця проживання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Благодійний фонд UNBROKEN. Відкриття нового центру протезування та ортезування. URL: <https://unbroken.org.ua/ua/news/unbroken-vidkryv-novuj-czentr-protezuvannya-ta-ortezuvannya>
2. Граничні ціни на протезні вироби підвищеної функціональності (протези верхніх і нижніх кінцівок). Фонд соціального захисту осіб з інвалідністю/ URL: <https://www.ispf.gov.ua/news/granichni-cini-na-protezni-virobi240813>
3. Грицюк МІ, Мохорт РА, Соколовський СС. Сучасний стан та перспективи розвитку травматологічної та ортопедичної допомоги в Україні. *Ортопедія, травматологія та протезування*. 2020. № 1. С. 5-12.
4. Державна служба статистики України. Причини смертності населення України у 2021 році. Статистичний збірник. Київ; 2022. 255 с.
5. Державний експертний центр МОЗ України. Клінічна настанова: струс головного мозку (легка черепно-мозкова травма). Наказ МОЗ України 22.05.2025 № 856. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2025/05/dn_856_22052025_dod_4.pdf
6. Державний експертний центр МОЗ України. Новий клінічний протокол медичної допомоги: екстрена медична допомога (догоспітальний етап). Наказ МОЗ України 05.06.2019 № 1269. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2020/07/2019_1269_nkr_ekstren_ditdor.pdf
7. Державний експертний центр МОЗ України. Перелік та тексти нових клінічних протоколів (включно з перекладеними настановами Joint Trauma System): накази та додатки 2024–2025 рр. URL: <https://www.dec.gov.ua/mtd/ekstrena-medychna-dopomoga-2016-rik/>
8. Державний експертний центр МОЗ України. Уніфікований клінічний протокол екстреної медичної допомоги: травма органів грудної клітки –

пневмоторакс. Наказ МОЗ України 21.06.2016 № 612. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_612_ukpmd_pnevm.pdf

9. Державний експертний центр МОЗ України. Уніфікований клінічний протокол екстреної медичної допомоги: масивна зовнішня кровотеча з кінцівок. Наказ МОЗ України 21.06.2016 № 612. Доступно на: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_612_ukpmd_krov_kinciv.pdf

10. Доступне протезування та диджиталізація: як Мінсоцполітики втілює Національну стратегію безбар'єрності. Міністерство соціальної політики України, 24.03.2025. URL: <https://www.msp.gov.ua/press-center/news/dostupne-protezuвання-ta-dydzhytalizatsiya:-yak-minsotspolityky-vtilyuye-natsionalnu-stratehiyu-bezbar'yernosti>

11. ДП «УкрНДНЦ». ДСТУ EN ISO 10328:2018 Протезування. Вимоги та методи випробування конструкцій протезів нижніх кінцівок. Київ: ДП «УкрНДНЦ»; 2018.

12. Закон України № 2228-VIII від 18.01.2018 «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо застосування терміну «особа з інвалідністю» та похідних від нього» URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2581-19#Text>

13. Закон України № 2961-IV від 04.07.2003 «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні», URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15>

14. Закон України № 875-XII від 21.03.1991 «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні», URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/875-12>

15. Інвалідність і стигматизація у зв'язку з інвалідністю. Посібник з освіти в області прав людини за участі молоді. КОМПАС. URL: <https://www.coe.int/uk/web/compass/disability-and-disablism>.

16. Ковальова О. Інформована згода: медичні, етичні та правові аспекти. *Український терапевтичний журнал*. 2020. № 2. С. 69-76.

17. Кужелєв МО, Нечипоренко АВ. Фінансування охорони здоров'я в умовах глобальних викликів: український досвід. *Європейський науковий журнал економічних та фінансових інновацій*. 2024. № 1(13). С. 85-94.

18. Лопушинський ІП, Слободян ЛЯ. Безбар'єрність як державна ідеологія й політика забезпечення рівних прав і можливостей громадян. *Вісник Національного університету цивільного захисту України. Серія Державне управління*. 2023. № 2. С. 36-46.

19. Лопушинський ІП, Слободян ЛЯ. Матеріали міжнародної науково-практичної конференції "Публічне управління в Україні: виклики та перспективи" (Україна, Запоріжжя, 27–28 жов 2023). Львів–Торунь: Ліга-Прес, 2023. С. 25-30.

20. Львовчкіна А. Моделі інвалідності як способи організації суспільства відносно людей з обмеженими можливостями. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія*. 2016. № 1(5). С. 36-44.

21. Мета Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року. Головне управління ДПС у Дніпропетровській області, 2025. URL: <https://dp.tax.gov.ua/media-ark/news-ark/910368.html>

22. Міністерство соціальної політики України. Безоплатне забезпечення протезно-ортопедичними засобами. 2025. URL: <https://www.msp.gov.ua/news/55891.html>

23. Міністерство соціальної політики України. Звіт про забезпечення протезно-реабілітаційними засобами населення України за 2024 рік. Київ: Міністерство соціальної політики України; 2025. URL: <https://www.msp.gov.ua/platforma-protezuвання>

24. Міністерство соціальної політики України. Звіт про реалізацію програми протезування та реабілітації. Київ: МСП; 2025. URL: <https://www.msp.gov.ua/press-center/news/bezoplatne-protezuвання-u-2025-murotsi-ponad-56-tysyach-ukrayintsiv-otrymaly-208-tysyach-zasobiv-reabilitatsiyi>

25. Міністерство соціальної політики України. Порядок призначення технічних та інших засобів реабілітації. 2025 URL: <https://www.msp.gov.ua/rehabilitation/prosthetics>

26. Міністерство соціальної політики України. Програма протезування громадян України. URL: <https://www.msp.gov.ua/platforma-protezuвання>

27. Міністерство соціальної політики України. Проект нормативних актів щодо ліцензування та контролю якості протезування. URL: <https://www.msp.gov.ua/legislation/prosthetics>

28. МОЗ запроваджує систему підготовки протезистів-ортезистів на магістерському рівні. Звенигородська районна державна адміністрація Черкаської області, URL: <https://zvenrda.gov.ua/news/1717483639>.

29. Національна служба соціального захисту. Державна програма протезування: поширені питання. URL: <https://nssu.gov.ua/news/derzhavna-prohrama-protezuвання-poshyreni-pytannia>

30. Національна стратегія зі створення безбар'єрного простору в Україні до 2030 року. Київ: Міністерство інфраструктури України; 2025. 24 с. URL: <https://mtu.gov.ua/files/Barrier-Free%20Strategy.pdf>

31. Національна стратегія із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року. Благовіщенська міська територіальна громада Голованівського району Кіровоградської області, 22.05.2025 URL: <https://blagovischenska-gromada.gov.ua/news/1747898377>

32. Національний класифікатор професій, затверджений наказом Мінекономіки України № 389 від 25.07.2023, URL: <https://me.gov.ua/Profession/List?lang=uk-UA&id=d4162ef8-2771-4ac5-99ef-1d4b6f5336af&tag=KlasifikatorProfesii-Poshuk>

33. Національний тиждень безбар'єрності: МОЗ розбудовує сучасну систему реабілітації. Дніпровська районна в місті Києві державна адміністрація, URL: <https://dnipr.kyivcity.gov.ua/news/natsionalnyi-tyzhden-bezbariernosti-moz-rozbudovuie-suchasnu-systemu-reabilitatsii>.

34. Постанова Кабінету Міністрів України № 321 від 5 кві 2012 «Про затвердження Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення», URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/321-2012-%D0%BF>

35. Постанова Кабінету Міністрів України № 1317 від 03.12.2009 «Про затвердження Порядку встановлення інвалідності» URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1317-2009-%D0%BF>

36. Рахункова палата України. Звіт про результати аналізу щорічного звіту Міністерства розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства України, що містить аналіз функціонування системи публічних закупівель (щодо кількісних і вартісних показників закупівель у розрізі процедур і предметів закупівель, рівня конкуренції, кількості скарг) та узагальнену інформацію про результати здійснення контролю у сфері закупівель. Затверджений рішенням Рахункової палати № 12-2 від 08.06.2021. URL: https://rp.gov.ua/upload-files/Activity/Collegium/2021/12-2_2021/Zvit_12-2_2021.pdf

37. Реалізація Національної стратегії зі створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року. Державна податкова служба України [Інтернет]. Доступно на: <https://tax.gov.ua/diyalnist-/bezbarernist/realizatsiya-natsionalnoi-strategii-zi-stvorenniya-bezbarernogo-prostoru-> [доступ отримано 10.12.2025].

38. Реформи в системі протезування в Україні. Національна Асамблея людей з інвалідністю України. <https://naiu.org.ua/archives/news/reformy-v-systemi-protezuвання-v-ukrayini>

39. Розпорядження Кабінету Міністрів України № 366-р від 14 кві 2021 «Національна стратегія зі створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року», URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/366-2021-%D1%80>

40. Сазонець ОМ, Гессен АЄ, Яковлева-Мельник НГ, Седлецька ОВ. Фінансування безбар'єрності та ініціативи органів влади в сфері інклюзії. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2025 № 4. 15с.

41. Смірнов В. Фінансування протезних центрів в Україні та міжнародний досвід. *Медичний конструктор*.
<https://medconstructor.org/2025/03/14/finansuvannya-proteznix-centriv-v-ukrayini-ta-mizhnarodnij-dosvid/>

42. Соціальна медицина, громадське здоров'я: навчальний посібник у 4 томах. Том 2. Громадське здоров'я / Ред. Огнєв ВА. Харків: ХНМУ; 2023. 324 с.

43. Соціальна медицина, громадське здоров'я. Навчальний посібник у 4 томах. Том 3. Організація охорони здоров'я / Ред. Огнєв ВА. Харків: ХНМУ; 2023. 404 с.

44. Соціальна медицина, громадське здоров'я. Навчальний посібник у 4 томах. Том 4. Економіка охорони здоров'я / Ред. Огнєв ВА. Харків: ХНМУ; 2023. 236 с.

45. Соціальний захист та соціальне забезпечення. Підсумки роботи Мінсоцполітики за 2024. Київ, 2025. 20 с.

46. Соцька А. Еволюція розуміння інвалідності та поняття «особа з інвалідністю». *Наукові записки. Серія: Право*. 2022. № 13. С.52-59.

47. Нестеренко ВГ, Черняк МЄ, Шевченко ОС. Структурні дисфункції та шляхи трансформації публічної політики протезування в Україні в умовах воєнного стану: інституційно-економічний аналіз. *Медицина сьогодні і завтра*. 2025 №. 94(3):9с.

48. Ткачук ТМ, Сахарук ІС, Курасевич П. Відновлення рухової активності у пацієнтів після ампутацій: український досвід використання протезування та фізичної терапії. *Art of Medicine*. 2025. № 2(34). С. 74-85.

49. Уряд запускає єдиний реєстр людей з інвалідністю через поранення – Кулеба. Суспільне Новини. 15 лют 2024.

50. Участь гаранта ОПП «Протезування-ортезування» в нараді МОЗ щодо підготовки протезистів-ортезистів. Тернопільський національний медичний

університет, 2025 URL: <https://www.tdmu.edu.ua/blog/2025/07/08/uchast-garanta-opp-protezuвання-ortezuвання-v-naradi-moz-shhodo-pidgotovky-protezystiv-ortezystiv>

51. Фонд соціального захисту осіб з інвалідністю. Інструкція щодо надання засобів реабілітації. URL: <https://www.fssu.gov.ua/reabilitaciya>

52. Чеберяко О, Колесник В. Фінансування системи охорони здоров'я в Україні в умовах сучасних викликів: моделі, джерела та проблеми. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Економіка*. 2025. № 226(1). С. 13-29.

53. Шелєміна Н.І. Особливості фінансування системи охорони здоров'я: вітчизняний та закордонний досвід. *Економіка та суспільство*. 2023. № 53. С.80-92.

54. Alsina D.G., Eldridge D. The effectiveness of humanitarian aid in conflict zones: practitioner views on the transition from in-kind assistance to multi-purpose cash transfers. *Journal of International Humanitarian Action*. 2025. № 10:2.

55. Anderson S., Barnett C.T., Rusaw D.F. Celebrating 50 years of the International Society for Prosthetics and Orthotics: Past, present, and future. *Prosthet Orthot Int*. 2020. № 44(6). С. 365-371.

56. Batorygareieva V.S., Shramko S.S., Samoiloва O.M. Mortality and injury in Ukraine as a result of traffic accidents in measuring of public health: To the analysis of social-legal and criminological problem. *Wiad Lek*. 2021. № 74(11 cz 2). P. 2870-76.

57. Biloshytska O., Bepalova O.Y.A., Seminska N.V., Galkin O.Y. Concept of a multifunctional prosthetic and rehabilitation center with an innovative educational component for patients with limb amputation in the context of war in Ukraine. *Wiad Lek*. 2025;(6):1160-7.

58. Black G.G., Jung W., Wu X., Rozbruch S.R., Otterburn D.M. A Cost-Benefit Analysis of Osseointegrated Prostheses for Lower Limb Amputees in the US Health Care System. *Ann Plast Surg*. 2022. № 88(3 Suppl 3). P.224-228.

59. Chan R.W., Tseng T.N. Single tooth replacement-expanded treatment options. *Aust Dent J.* 1994 № 39(3). P. 156-63.

60. Education standards for prosthetic/orthotic occupations. International Society for Prosthetics and Orthotics. URL: <https://www.ispoint.org/activities/education-standards>

61. Forghany S., Sadeghi-Demneh E., Trinler U., Onmanee P., Dillon M.P., Baker R. The influence of staff training and education on prosthetic and orthotic service quality: A scoping review. *Prosthet Orthot Int.* 2018. № 42(3). P. 258-264.

62. Free prosthetics in 2025: over 56,000 Ukrainians received 208,000 rehabilitation aids under state program Ministry of Social Policy (MSP) of Ukraine, 17 Jul 2025. URL: <https://www.msp.gov.ua/en/press-center/news/free-prosthetics-in-2025%3A-over-56000-ukrainians-received-208000-rehabilitation-aids-under-state-program>

63. Frossard L.A., Merlo G., Burkett B., Quincey T., Berg D. Cost-effectiveness of bone-anchored prostheses using osseointegrated fixation: Myth or reality? *Prosthet Orthot Int.* 2018. № 42(3). P. 318-327.

64. Goniewicz K., Burkle F.M., Dzhus M., Khorram-Manesh A. Ukraine's Healthcare Crisis: Sustainable Strategies for Navigating Conflict and Rebuilding for a Resilient Future. *Sustainability.* 2023. № 15(15):11602.

65. Guryev S.O., Kushnir V.A., Kushnir H.P. Traffic injury as a medical and sanitary consequence of a man made emergency in Ukraine. Report one: clinical and epidemiological characteristics. *Emergency Medicine.* 2023. № 19(5). P. 370-377.

66. Haagsma J.A., Graetz N., Bolliger I., Naghavi M., Higashi H., Mullany E.C., Abera S.F. et al. The global burden of injury: incidence, mortality, disability-adjusted life years and time trends from the Global Burden of Disease study 2013. *Inj Prev.* 2016. P. 22(1). P. 3-18.

67. Hawkins E.J., Riddick W. Reliability, validity, and responsiveness of clinical performance-based outcome measures of walking for individuals with lower limb amputations: a systematic review. *Phys Ther.* 2018. № 98(12). P.1037-1045.

68. Heinemann A.W., Connelly L., Ehrlich-Jones L., Fatone S. Outcome instruments for prosthetics: clinical applications. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2014. № 25(1). P.179-198.

69. International Labour Organization. Impact of the war in Ukraine on the health workforce and labor market: rapid assessment report. Geneva: ILO; 2023. 22 p. URL: <https://www.ilo.org/global/topics/employment-promotion/health-workforce/lang--en/index.htm>

70. International Organization for Standardization. ISO 10328: Prosthetics – Structural testing of lower-limb prostheses – Requirements and test methods. Geneva: ISO; 2016. URL: <https://www.iso.org/standard/66508.html>

71. International Organization for Standardization. ISO 13485: Medical devices – Quality management systems – Requirements for regulatory purposes. ISO, 2023 URL: <https://www.iso.org/standard/59752.html>.

72. International Organization for Standardization. Prosthetics and orthotics – External limb prostheses and external orthoses – Requirements and test methods. ISO 22523:2019. Geneva: ISO; 2019. 56 p.

73. International Society for Prosthetics and Orthotics (ISPO) global workforce survey: access to prosthetic and orthotic services. ISPO, 2024. URL: <https://www.ispo-congress.com/program/ispo/10625>.

74. International Society for Prosthetics and Orthotics (ISPO). ISPO global standards for prosthetics and orthotics education and service delivery. ISPO, 2024 URL: <https://www.ispo.org/education-standards>.

75. International Society for Prosthetics and Orthotics. ISPO Education Standards for Prosthetic/Orthotic Occupations. Copenhagen: ISPO; 2018. URL: <https://www.ispoint.org/page/EducationStandards>

76. International Society for Prosthetics and Orthotics. Standards for prosthetics and orthotics education. ISPO; 2020. 24 p. URL: <https://www.ispoint.org/education/standards>

77. ISO 22523:2021. Medical laboratories – Requirements for competence, impartiality and consistent operation. ISO, 2021 URL: <https://www.iso.org/standard/71669.html>.

78. ISO 8551:2020. Prosthetics and orthotics – Functional deficiencies – Description of the person to be treated with an orthosis, clinical objectives of treatment and functional requirements of the orthosis. ISO; 2020.

79. Kolisnyk S., Muryn O., Svyst O. Comprehensive rehabilitation of a serviceman with triple limb amputation following combat polytrauma: a case study from Ukraine's wartime context. *J Rehabil Med.* 2025. № 57:42950.

80. Krykavskyy Y., Chornopyska N., Dovhun O., Hayvanovych N., Leonova S. Defining supply chain resilience during wartime. *Eastern-European Journal of Enterprise Technologies.* 2023. № 1(13(121)). P. 32-46.

81. Kunutsor S.K., Gillatt D., Blom A.W. Systematic review of the safety and efficacy of osseointegration prosthesis after limb amputation. *Br J Surg.* 2018. Dec;105(13):1731-41.

82. Lawry L.L., Korona-Bailey J., Hamm T.E., Maddox J., Janvrin M., Juman L., et al. A qualitative assessment of war-related rehabilitation needs and gaps in Ukraine. *Journal of Health, Population and Nutrition.* 2025. № 44:175.

83. Management Sciences for Health. Health Systems in Ukraine: Financing and Governance. Arlington: MSH; 2022. 58 p.

84. Ministry of Health of Ukraine introduces training for prosthetists-orthotists. Ministry of Health of Ukraine, 2024. <https://www.kmu.gov.ua/news/moz-zaprovadzhuie-pidhotovku-protezyziv-ortezyv>

85. Ministry of Social Policy of Ukraine. For first two months of 2025, Ukrainians received over 58,500 rehabilitation aids under state prosthetics program. Ministry of Social Policy of Ukraine, 2025 URL: <https://www.msp.gov.ua/press-center/news/za-pershi-dva-misyatsi-2025-ho-roku-ukrayintsi-otrymaly-ponad-585-tysyach-zasobiv-reabilitatsiyi>.

86. Ministry of Social Policy of Ukraine. Free prosthetics in 2025: over 56 000 Ukrainians received 208 000 rehabilitation aids under state program. Ministry of

Social Policy of Ukraine, 2025 URL: <https://www.msp.gov.ua/en/press-center/news/free-prosthetics-in-2025%3A-over-56000-ukrainians-received-208000-rehabilitation-aids-under-state-program>.

87. Moreira J.V. da S, Rodrigues K.A., Pinheiro D.J.L., Santos T.C., Vieira J.L., Cavalheiro E.A, Faber J. Electromyography biofeedback system with visual and vibratory feedbacks designed for lower limb rehabilitation. *arXiv*. 2021. DOI: 10.48550/arXiv.2103.04034

88. Morgan S.J., Rowe K., Fitting C.C., Gaunard I.A., Kristal A., Balkman G.S., et al. Use of Standardized Outcome Measures for People with Lower Limb Amputation: A Survey of Prosthetic Practitioners in the United States. *Arch Phys Med Rehabil*. 2022. № 103(9). P. 1786-1797.

89. Ontario Health (Quality). Osseointegrated Prosthetic Implants for People with Lower-Limb Amputation: A Health Technology Assessment. *Ont Health Technol Assess Ser*. 2019. № 19(7):1-126.

90. Paul J.P. Strength requirements for internal and external prostheses. *J Biomech*. 1999. № 32(4). P. 381-393.

91. POIData. Disability services and support organizations in Ukraine: 2025 report. POIData, 2025 URL: <https://www.poidata.io/report/disability-services-and-support-organization/ukraine>.

92. Pooja S., Grewal V.S., Agrawal S., Nair S.V. A study on quality of life among lower limb amputees at a tertiary prosthetic rehabilitation center. *Med J Armed Forces India*. 2019. № 76(1). P.89-94.

93. Resnik L., Borgia M., Clark M. Function and Quality of Life of Unilateral Major Upper Limb Amputees: Effect of Prosthesis Use and Type. *Arch Phys Med Rehabil*. 2020. № 101(8). P. 1396-406.

94. Resnik .L, Borgia M. Reliability of outcome measures for people with lower-limb amputations: distinguishing true change from statistical error. *Phys Ther*. 2011. № 91(4). P.555-565.

95. Romero-y Huesca A., Ramírez-Bollas J., López-García S., Valenzuela-Salazar C., Ponce-Landí F.J. Contribuciones de Herodoto a la cirugía en el análisis historiográfico de sus Historias. *Cir Cir.* 2004. № 72(6). P. 525-32.

96. Rudenko Y., Assonov D. Psychological Consequences of Limb Amputation: Literature Review. *Psychosom Med Gen Pract.* 2023. № 8(3):443.

97. Shankar P., Grewal V.S., Agrawal S., Nair S.V. A study on quality of life among lower limb amputees at a tertiary prosthetic rehabilitation center. *Med J Armed Forces India.* 2020. № 76(1). P. 89-94.

98. Smidt K.P., Bicknell R. Prosthetics in Orthopedics. [Updated 2023 Jul 24]. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK570628>

99. Superhumans received USD 16 million grant from the Howard G. Buffett Foundation. Superhumans, 20 Feb 2023. [URL: <https://superhumans.com/press-release/klinika-superhumans-otrymala-16-miljonnu-pozhertvu-vid-fundacziyi-imeni-govarda-dzh-baffeta/>].

100. Thurston A.J. Paré and prosthetics: the early history of artificial limbs. *ANZ J Surg.* 2007 Dec;77(12):1114-9.

101. UNBROKEN prosthetics and rehabilitation programs. URL: <https://unbroken.pro/ua/programs/>.

102. UNDP enhances rehabilitation services in Ukraine with advanced equipment handover. United Nations Development Programme, URL: <https://www.undp.org/ukraine/press-releases/undp-enhances-rehabilitation-services-ukraine-advanced-equipment-handover>.

103. United Nations Development Programme. UNDP and UNBROKEN National Rehabilitation Centre join forces to strengthen rehabilitation. UNDP, 17 Jan 2024. URL: <https://www.undp.org/ukraine/press-releases/undp-and-unbroken-national-rehabilitation-centre-join-forces-strengthen-rehabilitation/>

104. United Nations Development Programme. UNDP enhances rehabilitation services in Ukraine with advanced equipment handover. UNDP, URL:

<https://www.undp.org/ukraine/press-releases/undp-enhances-rehabilitation-services-ukraine-advanced-equipment-handover/>

105. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. Ukraine: Humanitarian Needs Overview 2023. Geneva: OCHA; 2023. 94 p.

106. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York: United Nations; 2006. URL: <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>

107. Voigt JD, Potter BK, Souza J, Forsberg J, Melton D, Hsu JR, Wilke B. Lifetime cost-effectiveness analysis osseointegrated transfemoral versus socket prosthesis using Markov modelling. *Bone Jt Open*. 2024. № 5(3). P.218-226.

108. WHO Regional Office for Europe. Health financing in Ukraine: reform, resilience and recovery. Copenhagen: WHO; 2024. 68 p.

109. WHO standards for prosthetics and orthotics. Geneva: World Health Organization; 2017. 84 p.

110. World Bank. Ukraine: Mortality caused by road traffic injury – per 100,000 people. CEIC Data, 2015. URL: <https://www.ceicdata.com/en/ukraine/health-statistics/ua-mortality-caused-by-road-traffic-injury-per-100000-people>

111. World Health Organization & USAID. Standards for prosthetics and orthotics. Geneva: WHO; 2017. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/259209>

112. World Health Organization. Regional Office for Europe. Health financing in Ukraine: reform, resilience and recovery. Copenhagen: WHO; 2024. 82 p.

113. World Health Organization. Regional Office for Europe. Public- private partnerships for health care infrastructure and services: considerations for policy makers in Ukraine. Copenhagen: WHO; 2022. 30 p.

114. World Health Organization. Rehabilitation 2030: a call for action. Geneva: WHO; 2017. URL: <https://www.who.int/initiatives/rehabilitation-2030>

115. World Health Organization. Rehabilitation in health systems. Geneva: WHO; 2017. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549974>

116. World Health Organization. Rehabilitation in Health Systems: Guide for Action. Geneva: WHO; 2022. 84 p.
117. World Health Organization. Standards for prosthetics and orthotics. Geneva: WHO & USAID; 2017. 128 p.
118. World Health Organization. Standards for prosthetics and orthotics. Geneva: WHO; 2022. 108 p.
119. World Health Organization. Ukraine: Situation Report 21. Geneva: WHO; 2023. 12 p.
120. World Health Organization. War in Ukraine: situation report from WHO Ukraine country office; Issue 51, 5 May 2023. Geneva: World Health Organization; 2023. URL: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1500660/retrieve>
121. World Health Organization. WHO's response to health emergencies in Ukraine: annual report 2024. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2025. vi, 26 p.
122. World Health Organization. World report on disability. Geneva: WHO; 2011. 325 p.
123. World Health Organization; USAID. Standards for Prosthetics and Orthotics. Geneva: World Health Organization; 2017.
124. World Health Organization; World Bank. Health financing in Ukraine: reform, resilience and recovery. Copenhagen: WHO; 2024. 82 p.

ДОДАТКИ

Додаток А

Чинні клінічні протоколи та настанови з травматології і екстреної медичної допомоги, доступні на сайті Державного експертного центру МОЗ України

№	Назва документа	Вид / статус	Дата та № наказу	Посилання
1	Новий клінічний протокол медичної допомоги: екстрена медична допомога (догоспітальний етап)	Протокол (екстрена допомога)	05 чер 2019 № 1269	URL
2	Уніфікований клінічний протокол – травма органів грудної клітки: пневмоторакс	Протокол (екстрена допомога)	21 чер 2016 № 612	URL
3	Уніфікований клінічний протокол – масивна зовнішня кровотеча з кінцівок	Протокол (екстрена допомога)	21 чер 2016 № 612	URL
4	Клінічна настанова: струс головного мозку (легка черепно-мозкова травма)	Протокол (бойова травма/ цивільна практика)	22 тра 2025 № 856	URL
5	Група протоколів «Бойова травма» — цикл документів (включно з травмами, пораненнями, реанімацією, судинною травмою, травмою сечостатевої системи тощо)	Протоколи (бойова травма)	13 лют 2025*	URL (dec.gov.ua)
6	Стандарт реабілітаційної допомоги при травмах спинного мозку	Стандарт / настанова (реабілітація)	20 жов 2025 № 1601	URL (dec.gov.ua)

Примітки:

*Бойова травма — це не один документ, а група протоколів, які охоплюють різні види

травм:

- масивні кровотечі,
- поранення голови,

- травми сечостатевої системи,
- комбіновані травми, шок, реанімаційні заходи.

Кожен протокол із цієї групи має свій власний додатковий реєстраційний номер та дату, тобто вони офіційно затверджені як окремі додатки/накази, але логічно об'єднані у пакет «Бойова травма». На сайті Державного експертного центру України існує один основний наказ (наприклад, № 253 від 13 лютого 2025 року), у якому цей пакет затверджено, а конкретні документи у складі наказу (PDF-файли) мають свої дати та ідентифікатори (наприклад, dn_253_13022025_dod_9.pdf, dn_1555_13102025.pdf тощо).

Комплексний підхід державної політики у сфері протезування осіб з інвалідністю



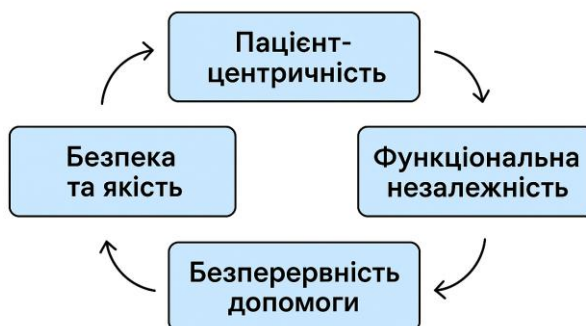
Комплексний підхід державної політики у сфері протезування осіб з інвалідністю

Категорія пацієнтів	Основні потреби у протезуванні	Пріоритети державної політики	Додаткові заходи
Військові	Протези верхніх та нижніх кінцівок, біонічні протези	Швидке забезпечення після травми, високотехнологічні рішення	Психологічна підтримка, соціальна інтеграція
Цивільні постраждалі	Протези після ДТП, виробничих та побутових травм	Доступність у регіонах, стандартні протези	Професійна реабілітація, навчання користуванню
Діти з інвалідністю	Протези для росту та розвитку	Індивідуальна адаптація, регулярна заміна	Освітні програми, соціальна інтеграція
Пацієнти з хронічними захворюваннями	Ампутаційні протези після ускладнень (судинні, діабет)	Медична ефективність, тривала підтримка	Навчання самообслуговуванню, адаптація середовища

Примітки до колонок зліва направо:

1. хто отримує протез;
2. який тип протезів потрібен;
3. на що робить акцент державна політика;
4. додаткові заходи для ефективної реабілітації та інтеграції.

Міжнародні стандарти у сфері протезування



Принцип	Основні аспекти	Деталі
Пацієнт-центричність	Індивідуальні потреби	Врахування фізичних, психологічних та соціальних потреб пацієнта
	Участь пацієнта у прийнятті рішень	Пацієнт активно залучається до вибору типу протеза, плану реабілітації та обслуговування
Функціональна незалежність	Самостійне пересування	Забезпечення можливості рухатися без сторонньої допомоги
	Самообслуговування	Можливість виконувати повсякденні дії (одягання, гігієна) самостійно
	Соціальна та професійна інтеграція	Підтримка повернення до роботи, навчання, участі у соціальному житті
Безперервність допомоги	Від гострого етапу	Негайна реабілітація після травми або ампутації
	Підгонка та адаптація	Індивідуальне налаштування протеза під потреби пацієнта
	Довготривалий супровід	Регулярні огляди та реабілітаційна підтримка
	Технічне обслуговування	Ремонт, налаштування та заміна деталей при необхідності
Безпека та якість	Міцність та довговічність	Використання матеріалів, що витримують

Принцип	Основні аспекти	Деталі
		навантаження
	Біосумісність	Матеріали, безпечні для організму
	Комфорт користування	Ергономічний дизайн та мінімізація дискомфорту
	Відповідність стандартам	Відповідність міжнародним нормам ISO та ISO/TC 168

Національна українська стратегія безбар'єрності до 2030



Напрямок безбар'єрності	Зміст (сутність напрямку)	Ключові стратегічні цілі
Фізична безбар'єрність	Доступність об'єктів фізичного оточення (будівель, вулиць, транспорту, інфраструктури) для всіх соціальних груп незалежно від віку, стану здоров'я, інвалідності, статі, місця проживання та інших ознак	<ul style="list-style-type: none"> системний моніторинг і контроль доступності об'єктів і транспорту ефективна, гармонізована нормативно-правова база високий рівень кваліфікації фахівців у містобудуванні, архітектурі та транспорті
Інформаційна безбар'єрність	Доступ до інформації для всіх людей у різних форматах з урахуванням функціональних і комунікативних особливостей (Брайль, субтитри, жестова мова, аудіодискрипція, проста мова, альтернативна комунікація тощо)	<ul style="list-style-type: none"> доступність інформації органів влади доступність інформації у судовому та виборчому процесах доступність медіа-інформації для участі в культурному та суспільному житті доступність інформації при отриманні публічних послуг
Цифрова безбар'єрність	Рівний доступ усіх суспільних груп до швидкісного Інтернету, цифрових послуг та публічної цифрової інформації	<ul style="list-style-type: none"> доступність швидкісного Інтернету та засобів доступу до нього доступність цифрової освіти доступність цифрових послуг, державних веб-сайтів і застосунків
Суспільна та громадянська безбар'єрність	Рівні можливості участі всіх людей і груп у суспільному, політичному та культурному житті, громадській активності, доступі до правосуддя і самореалізації	<ul style="list-style-type: none"> рівні права і можливості для соціального залучення формування усвідомлення цінності безбар'єрності рівний доступ до політичної участі та правосуддя фокус державної політики на здоров'ї та фізичній активності орієнтація соціального захисту на можливості

Напрямок безбар'єрності	Зміст (сутність напрямку)	Ключові стратегічні цілі
		та досягнення
Освітня безбар'єрність	Рівний і вільний доступ до освіти впродовж життя, здобуття професії, підвищення кваліфікації та нових компетентностей	<ul style="list-style-type: none"> • доступ до всіх форм і видів освіти для дітей, молоді та дорослих • задоволення особливих освітніх потреб • створення інклюзивного освітнього середовища
Економічна безбар'єрність	Рівні можливості для працевлаштування, підприємництва та самозайнятості незалежно від віку, статі, сімейного стану чи стану здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> • доступ до підприємницької діяльності та самозайнятості • створення умов для працевлаштування • доступність процесу працевлаштування та робочого місця • підвищення зайнятості вразливих груп населення