

Василів В. Б.¹, Безтелесна Л. І.¹, Пляшко О. С.²**Контрактування як інструмент
визнання управлінської
спроможності та лідерства
реабілітаційної мережі закладів
системи охорони здоров'я України**¹ Національний університет водного господарства
та природокористування, м. Рівне, Україна² Рівненський державний гуманітарний університет,
м. Рівне, УкраїнаVasyliv V. B.¹, Beztelesna L. I.¹, Pliashko O. S.²**Contracting as a tool for recognizing
the management capacity
and leadership of the rehabilitation
network of healthcare institutions
in Ukraine**¹ National University of Water and Environmental
Engineering, Rivne, Ukraine² Rivne State University of Humanities, Rivne, Ukrainev.b.vasyliv@nuwm.edu.ua**Вступ**

Реформування охорони здоров'я в Україні зумовило модифікацію системи менеджменту як окремої складової управлінської діяльності, спрямованої на забезпечення ефективного функціонування закладів для досягнення головної мети – надання якісної медичної допомоги за умови раціонального використання ресурсів [1]. У концепції ВООЗ менеджмент охорони здоров'я розглядається як один із ключових «будівельних блоків» системи, що визначає її результативність та стійкість. В умовах дефіциту фінансування він дедалі частіше трактується як мистецтво управління обмеженими ресурсами та пошуку оптимальних механізмів їх перерозподілу [2].

Повномасштабна війна суттєво загострила ці виклики і призвела до різкого зростання кількості осіб із тяжкими бойовими травмами, паралельного руйнування частини медичної інфраструктури та підвищеного навантаження на реабілітаційну систему. За таких умов реабілітація перестає бути допоміжною клінічною послугою і перетворюється на стратегічний інструмент відновлення людського капіталу та суспільної стійкості.

Запроваджена в Україні модель фінансування за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» з контрактуванням послуг через Національну службу здоров'я України стала ключовим механізмом мобілізації ресурсів у воєнний час. Вимоги Програми медичних гарантій (ПМГ) до пакетів реабілітаційної допомоги фактично виконують функцію національного «стрес-тесту» для закладів: вони перевіряють кадрову, організаційну, технологічну та фінансову спроможність працювати в умовах зростаючого попиту та зовнішніх загроз.

Попри це, роль контрактування у сфері реабілітації переважно розглядається з фінансово-адміністративних позицій, тоді як його потенціал як індикатора

управлінської спроможності та лідерства закладів у кризових умовах залишається недостатньо дослідженим.

Мета дослідження полягає в теоретичному обґрунтуванні та практичному аналізі інструменту контрактування пакетів реабілітаційної допомоги в умовах воєнного стану як ключового засобу визнання управлінської спроможності та лідерства закладів, що забезпечують стійкість національної реабілітаційної мережі.

Об'єкт, матеріали і методи дослідження

Дослідження базується на аналізі агрегованих статистичних даних, наданих щодо діяльності Національної служби здоров'я України. Основним джерелом інформації слугували дані, що відображають динаміку укладених договорів та обсяги фінансування за пакетами медичних послуг № 53 «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах» та № 54 «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у амбулаторних умовах» за період 2023–2025 років. Методи дослідження: статистичний аналіз, порівняльний метод, контент-аналіз нормативних документів НСЗУ, системний підхід.

Результати дослідження

У сучасних дослідженнях систем охорони здоров'я поняття спроможності (capacity) та стійкості (resilience) розглядаються як ключові характеристики здатності системи забезпечувати безперервність надання медичних і реабілітаційних послуг в умовах зовнішніх шоків, зокрема воєнних конфліктів і гуманітарних криз. У фундаментальній роботі [3] стійкість системи охорони здоров'я визначається як здатність системи готуватися до криз, ефективно реагувати на них та адаптуватися без втрати базових функцій.

Подібний підхід розвивається також в інших працях, які підкреслюють, що в умовах конфлікту ключову роль відіграють управлінські та інституційні механізми, а не лише клінічні показники [4; 5].

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) розглядає реабілітацію як невід'ємну складову системи охорони здоров'я, інтегровану в рамку її функціональної спроможності. У документах ВООЗ наголошується, що забезпечення доступу до реабілітаційних послуг у кризових та воєнних умовах є критичним фактором довгострокового відновлення людського капіталу та соціальної стійкості [6]. Таким чином, у сучасній теорії реабілітація розглядається не як допоміжний елемент, а як стратегічна функція системи охорони здоров'я.

У міжнародній літературі контракування медичних послуг аналізується в межах концепції стратегічних закупівель (strategic purchasing), що передбачає активну роль платника у формуванні мережі надавачів, стимулюванні якості й ефективному розподілі фінансових ресурсів. Дослідження Світового банку та ОЕСР свідчать, що контрактні механізми можуть виступати інструментами не лише фінансового контролю, але й управлінського впливу на організаційну структуру закладів охорони здоров'я, їх кадрову політику та інноваційну активність [7; 8].

Водночас більшість досліджень розглядають контракування в умовах відносної стабільності систем охорони здоров'я. Його роль як індикатора управлінської спроможності закладів у кризових і воєнних умовах залишається недостатньо дослідженою, особливо щодо реабілітаційних послуг, які характеризуються високою міждисциплінарністю та ресурсомісткістю. У цьому контексті контракування з національним платником може розглядатися як інтегрований проксі-індикатор управлінської спроможності закладу, що відображає його здатність відповідати стандартам, адаптуватися до тарифних змін і забезпечувати сталість надання послуг.

Міжнародний досвід країн, що переживали воєнні конфлікти або тривалі періоди безпекової нестабільності, підтверджує важливість централізованого стратегічного управління реабілітаційними послугами. Так, дослідження ізраїльської системи охорони здоров'я показало, що оперативне коригування контрактних і тарифних механізмів дало можливість забезпечити зростання обсягів інтенсивної реабілітації навіть в умовах активних бойових дій [9].

Подібні висновки простежуються і в дослідженнях інших постконфліктних країн, де розвиток реабілітаційної мережі супроводжувався інституційними реформами, концентрацією ресурсів у спеціалізованих центрах та інтеграцією реабілітації в національні стратегії відновлення. Ці приклади свідчать, що ефективна реабілітація в кризових умовах потребує не лише клінічних протоколів, але й цілеспрямованих управлінських рішень на макро- та мезорівнях [10].

Після початку військових дій в Україні у 2022 році розвиток реабілітаційних послуг став

одним із пріоритетів державної політики у сфері охорони здоров'я. У межах Програми медичних гарантій було впроваджено спеціалізовані пакети реабілітаційних послуг, адміністровані Національною службою здоров'я України [11]. Аналіз обсягів фінансування НСЗУ свідчить про суттєве зростання обсягів контракування реабілітації у 2023–2025 роках [12].

Разом із тим українські наукові публікації зосереджуються переважно на клінічних і функціональних аспектах реабілітації, тоді як питання стратегічного управління та інституційної спроможності системи залишаються недостатньо дослідженими [13; 14; 15; 16]. Це зумовлює необхідність досліджень, що поєднують аналіз національної політики, фінансових механізмів і регіональних управлінських практик у сфері реабілітації.

Проведений аналіз наявних публікацій за реабілітаційною тематикою дає змогу виокремити кілька ключових прогалін: обмежену кількість досліджень управлінської спроможності систем реабілітації в умовах війни; недостатній аналіз контракування як інструменту стратегічного управління; нестачу емпіричних робіт, що інтегрують міжнародний досвід з українським контекстом. Усунення цих прогалін і визначає наукову новизну цього дослідження.

На основі аналізу праць і політики НСЗУ сформовано п'ятикомпонентну модель спроможності реабілітаційної системи і її закладів у воєнних умовах:

- 1) стратегічної – здатності адаптуватися до змін політики, швидко реагувати на нові пакети та тарифи;
- 2) операційно-технологічної – забезпечення інтенсивної терапії, безперервності процесів та цифрової звітності;
- 3) фінансової – можливості інвестувати в обладнання та персонал, забезпечувати сталі виплати;
- 4) організаційно-кадрової – здатності утримувати та швидко нарощувати команду вузьких фахівців (лікарі ФРМ, фізичні терапевти, ерготерапевти, психологи) в умовах мобілізації, міграції та конкуренції за кадри;
- 5) стійкості до зовнішніх шоків – здатності функціонувати під час обстрілів, блекаутів, евакуацій.

Вимоги НСЗУ до контракування реабілітаційних пакетів № 53 і № 54 прямо відповідають цим компонентам, що дає змогу розглядати їх як тест спроможності закладів.

У воєнний час ці вимоги перестали бути лише стандартом якості – вони стали мінімальним порогом спроможності мережі виконувати своє головне завдання: повертати захисників і цивільних до життя після важких бойових уражень. Заклади, які не змогли їх виконати, фактично випали з національної системи реабілітації військового часу. Натомість ті, хто пройшов цей тест, отримали не лише фінансування, а й статус реальних опорних пунктів мережі.

Саме тому успішне контракування з НСЗУ у 2023–2025 рр. є найточнішим інтегрованим індикатором реальної спроможності та стійкості реабілітаційної

системи України в умовах повномасштабної війни. Цей зв'язок буде наочно продемонстровано за допомогою матриці відповідності вимог НСЗУ п'яти вимірам воєнної спроможності мережі (табл. 1).

Ця матриця наочно ілюструє, що виконання навіть однієї, здавалося б, технічної вимоги НСЗУ (наприклад, «наявність вертикалізаторів, роботизованої механотерапії чи антигравітаційної бігової доріжки») є результатом синергії всіх п'яти вимірів воєнної спроможності закладу та регіональної мережі:

- фінансової – знайти 5–25 млн грн на обладнання в умовах війни, коли банки не кредитують, а державні субвенції затримуються;
- стратегічної – прийняти рішення інвестувати саме зараз, розуміючи, що це єдиний шлях отримати контракт на SR1–SR2 і стати хабом для поранених бійців;
- операційної – організувати навчання персоналу, інтегрувати нове обладнання в процеси;
- організаційно-кадрової – утримати фахівців, які вміють працювати із цим обладнанням, попри мобілізацію та пропозиції виїхати за кордон;
- стійкості до зовнішніх шоків – фізично зберегти обладнання під час обстрілів, організувати евакуацію та відновлення роботи за лічені дні.

Тому договір з НСЗУ у 2023–2025 рр. перестав бути просто адміністративним документом. Він став агрегованим, об'єктивно вимірюваним показником того, що топ-менеджери конкретного закладу й регіональної мережі загалом пройшли реальний воєнний стрес-тест і довели свою спроможність виконувати найскладніше завдання воєнного часу – повертати до життя важкопоранених захисників України.

Отримання контракту з НСЗУ є лише першим етапом воєнного «стрес-тесту». Подальша фінансова стійкість закладу та його здатність нарощувати потужності залежать від умінь менеджменту працювати в межах складної тарифної політики Програми медичних гарантій (ПМГ). Основою фінансової моделі ПМГ у 2024–2025 рр. стала система коригувальних коефіцієнтів складності (Severity Rating, SR) для стаціонарної допомоги. Вона створена для фінансового заохочення лікарень до роботи з ресурсомісткими випадками

(ампутації, ЧМТ, політравми) та запобігання відбору легких пацієнтів (cherry-picking). У воєнний час це стало національним пріоритетом: завдяки диференційованим тарифам система охопила 68 % пацієнтів із важкими травмами, а 64 % загального приросту фінансування за пакетом № 53 у 2025 р. було спрямовано саме на оплату випадків найвищої складності (SR1–SR2). Така тарифна структура ставить перед керівництвом стратегічні виклики, відповідь на які визначає подальшу модель розвитку та роль закладу в мережі (табл. 2).

Диференціація тарифів вимагає від менеджменту чіткого стратегічного вибору (табл. 2). Заклад залежно від наявних ресурсів та спроможності може обрати «Шлях А» (лідерство за якістю: фокус на високодохідній ніші SR1–SR2, що потребує масштабних інвестицій у роботизоване обладнання та інтенсивну терапію) або «Шлях Б» (лідерство за обсягом: орієнтація на масовий прийом пацієнтів помірної складності SR3–SR4 та розвиток амбулаторної ланки). Таким чином, портфель контрактів і структура пролікованих випадків стають видимим об'єктивним маркером управлінської спроможності: заклади, що обрали «Шлях А» і сфокусувалися на SR1–SR2, не просто вижили в умовах війни, а перетворилися на опорні реабілітаційні хаби, забезпечивши загальну стійкість системи.

Отже, теоретичні засади та міжнародний досвід дають чітке обґрунтування: у воєнний час успішне контрагування з НСЗУ є найоб'єктивнішим інтегрованим індикатором спроможності та стійкості як закладів, так і реабілітаційної мережі. На відміну від суб'єктивних оцінок чи опитувань, дані НСЗУ є публічними, верифікованими та відображають реальні фінансові потоки, що пішли саме в ті заклади й регіони, які довели здатність працювати з бойовими травмами в екстремальних умовах.

Оцінювання спроможності реабілітаційної мережі було проведено на двох рівнях: національному та регіональному (на прикладі Рівненської області). Рівненщина розглядається як типовий тиловий регіон-хаб, що продемонстрував випереджаюче зростання спроможності, попри відсутність прямої загрози бойових дій. Дворівневий підхід дав можливість підтвердити

Таблиця 1

Матриця відповідності вимог ПМГ п'яти компонентам воєнної спроможності реабілітаційної мережі

Компонент спроможності	Вимога НСЗУ (ПМГ 2024–2025)	Функція «стрес-тесту» в умовах війни
Стратегічна	Контрактування складних випадків (коефіцієнти SR1–SR2), проактивне позиціонування як хабу	Фокус на високотехнологічних втручаннях, залучення інвестицій у модернізацію хабів, здатність адаптуватися до змін політики та нових тарифів
Операційно-технологічна	Реабілітаційне відділення ≥ 20 ліжок + повний перелік спеціалізованого обладнання, ≥ 3 год інтенсивної терапії щодня	Готовність до реабілітації важких бойових травм, спроможність забезпечити інтенсивність за умов навантаження 120–150 %
Фінансова	Здатність інвестувати 5–25 млн грн в обладнання, сталість виплат персоналу	Можливість модернізації хабів в умовах відсутності кредитування та затримок субвенцій
Організаційно-кадрова	Наявність ≥ 2 лікарів ФРМ, ≥ 3 фізичних терапевтів, ≥ 2 ерготерапевтів, мультидисциплінарна команда	Здатність утримувати / залучати дефіцитних фахівців, попри мобілізацію, міграцію та конкуренцію
Стійкість до зовнішніх шоків	Безперебійна звітність в ЕСОЗ; функціонування під час обстрілів та евакуацій	Робота в умовах блекаутів; фізичне збереження обладнання та процесів

Таблиця 2

Динаміка структури тарифів та стратегічні опції для реабілітаційних закладів

Тип послуги / рівень складності (SR) / Коефіцієнт	Орієнтовна оплата, тис. грн	Ключова реабілітаційна вимога	Стратегічний вибір закладу
Стационар (база 21,0 тис. грн)			
SR1 (найвища) 2,1	44,1	Роботизована механотерапія, інтенсивна терапія ЧМТ та ампутацій	Шлях А: лідерство за якістю (високі інвестиції)
SR2 (висока) 1,6	33,6	Психологічна підтримка (ПТСР), цифрова звітність в ЕСОЗ	Збалансована модель розвитку
SR3–SR4 (помірна/низька) 1,0–0,8	21,0–16,8	Базова мережа ліжок, мультидисциплінарний підхід	Шлях Б: лідерство за обсягом (масовий прийом)
Амбулаторна (база 11,5 тис. грн)			
Комплексна послуга 1,0	11,5	≥ 3 год терапії на день, безперервність після стаціонару	Забезпечення циклу відновлення
Монопрофесійна послуга 0,4	4,6	Один фахівець (фізична терапія або ерготерапія)	Доступність та розвантаження хабів

Джерело: постанова КМУ № 1503 від 24.12.2024, НСЗУ (специфікації ПМГ-2025), власні розрахунки.

Таблиця 3

Порівняльна динаміка та частка Рівненської області у фінансуванні реабілітації

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

центральної гіпотезу та виявити внутрішні диспропорції між прифронтовими й тилловими зонами, а також між комунальним і приватним секторами.

На національному рівні на основі аналізу даних НСЗУ за 2023–2025 рр. виявлено справжній прорив у спроможності системи, попри повномасштабну війну, руйнування інфраструктури на 23 % у східних та південних регіонах, евакуацію понад 6 млн осіб та мобілізацію ключових кадрів, кількість контрактів зросла на 33,0 %, а обсяги фінансування – на 61,8 %. Це зростання відбулося без спрощення вимог ПМГ, що робить його найпереконливішим інструментом адаптивності та стійкості національної реабілітаційної мережі. За даними ВООЗ, така динаміка дала змогу охопити реабілітацією понад 150 тис. пацієнтів з бойовими травмами у 2024 р., з яких 68 % – важкі випадки (SR1–SR2), що безпосередньо корелює з механізмом контрактування НСЗУ (табл. 3).

Обсяг фінансування на загальноукраїнському рівні збільшився з 4,11 млрд грн до 6,66 млрд грн (+2,54 млрд грн), що на 15 % перевищує загальний приріст бюджету ПМГ. У 2024 р. загальне фінансування досягло 4,88 млрд грн, з акцентом на стаціонарну реабілітацію для важких поранених. Це зростання на 61,8 % є прямим доказом стійкості, що

система не лише вистояла під тиском війни, а й наросла потужності.

Динаміка за пакетами підкреслює пріоритет для воєнного часу стаціонарної реабілітації. Кількість договорів зросла з 258 до 370 (+43,4 %), фінансування – з 2,47 млрд грн до 4,49 млрд грн (+81,7 %). Це відображає фокус на інтенсивній допомозі для бойових травм (ЧМТ, спінальних ушкодженнях, політравмах), де НСЗУ запровадила підвищені тарифи.

Частка стаціонарного пакета становить 2/3 (69,3 %, або 3,38 млрд грн), що відображає вищу вартість (цілодобовий догляд, харчування) та потребу в інтенсивній реабілітації для 25–30 тис. ампутованих і 15 тис. осіб із ЧМТ. Натомість частка амбулаторного пакета 1/3 (30,7 %, або 1,50 млрд грн), який забезпечує продовження, але нерівномірність (удвічі нижче) і вказує на вразливість мережі.

На регіональному рівні (Рівненська область) простежується ще вища адаптивність мережі. Регіон перетворився на потужний тилловий хаб, прийнявши значний потік евакуйованих із прифронтових зон. Фінансування пакетів реабілітації подвоїлося з (з 116,9 млн грн до 239,95 млн грн) з піком у 2024 р. (+54,2 % порівняно з 2023 р.) через евакуацію поранених (табл. 3). Темпи зростання випереджають національні показники на

43,5 %, що пояснюється статусом області як реабілітаційного хабу: у 2025 р. Рівненщина прийняла 15 % евакуйованих зі сходу, а модернізація Рівненського обласного клінічного госпіталю (додаткові 364 млн грн від ЄС та уряду) додала 50+ ліжок інтенсивної реабілітації [17].

Динаміка за пакетами ілюструє воєнну адаптацію регіональної мережі. Так, за пакетом № 53 кількість договорів зросла з 11 до 15 (+36,4 %), фінансування – з 94,1 млн грн до 204,75 млн грн (+117,6 %). Це зростання на 50,8 % середнього обсягу на договір (з 8,55 млн грн до 13,65 млн грн) корелює з фокусом на SR1–SR2 (важкі травми): у 2024 р. 72 % фінансування (161,3 млн грн) пішло на прийом поранених з політравмами, попри BLECAUTI.

Водночас повільніший розвиток амбулаторного пакета № 54 сформував аномальне співвідношення фінансування стаціонару до амбулаторії (8,5 : 1 на Рівненщині проти 2,26 : 1 загалом по країні), що вказує на вразливість етапу післястаціонарного відновлення пацієнтів. Показовою є динаміка частки області в національному бюджеті: після пікового насичення у 2024 році (3,70 %) у 2025 році цей показник дещо стабілізувався (3,60 %) [18]. Це свідчить про дієвість та гнучкість механізмів НСЗУ. Рівненщина успішно виконала функцію «швидкого хабу» в період наймасовіших евакуацій, після чого ресурси почали закономірно перерозподілятися туди, де відновлюється інфраструктура та зростає гостра потреба – у прифронтові та деокуповані регіони.

Порівняння темпів зростання між групами регіонів чітко ілюструє воєнну диференціацію спроможності мережі. Найвищі показники демонструють тилові західні та центральні області, які стали основними хабами для евакуйованих поранених, тоді як прифронтові регіони, попри руйнування, зберегли та навіть наростили потужності стаціонарної реабілітації (табл. 4).

Тилова західна та центральна група (13 областей) забезпечила основний приріст спроможності: +76 договорів та +1 402 млн грн – це 63 % усього національного

приросту фінансування за пакетом № 53. Це підтверджує їхню роль як головних реабілітаційних хабів для евакуйованих поранених.

Прифронтові області, попри втрату частини інфраструктури, збільшили кількість договорів на 53 %, а фінансування – на 51 %. Це найвищий відносний приріст серед «ризикових» зон і прямий доказ надзвичайної адаптивності мережі в умовах активних бойових дій.

Східна зона ризику продемонструвала унікальну ситуацію. Адже кількість договорів зменшилась на 1 (через фізичне знищення закладів), але фінансування зросло у 2,6 раза (+164 %) – це результат перерозподілу коштів у нові або релоковані хаби на підконтрольній території.

Центрально-південна група показала зростання фінансування у 2,24 раза (+123,8 %), що є другим результатом після сходу – ці області стали «другим ешелonom» прийому евакуйованих.

Отже, контракування з НСЗУ в 2023–2025 рр. чітко виявило два типи стійкості за територіями: «фронтіву» (збереження та швидке відновлення потужностей під обстрілами) і «тилову» (масштабне нарощування для прийому евакуйованих).

Саме ця диференціація стала можливою завдяки жорстким і незмінним вимогам ПМГ, які автоматично спрямовували ресурси туди, де реально зберігалась або швидко відновлювалась спроможність.

Структура фінансування закладів за формою власності на національному рівні підтверджує стійке домінування комунальних закладів (84–86 %), які залишаються основою системи реабілітації військового часу. Водночас приватний сектор демонструє найвищі темпи зростання: кількість договорів зросла з 58 у 2023 р. до 96 у 2025 р. (+65,5 %), а фінансування – з 475,4 млн грн до 898,91 млн грн (+89,0 %). Це значно перевищує темпи комунального сектору (+57,3 %). Державні заклади (підпорядковані МОЗ, НАМН, Мінветеранів) показали вибухове зростання: з 4 договорів у 2023 р. до 31 у 2025 р. (+675 %), а фінансування збільшилось у 4,3 раза – з 42,5 млн грн до 181,3 млн грн. Це пов'язано

Таблиця 4

Регіональна диференціація та типи стійкості реабілітаційної мережі (пакет № 53)

Група регіонів	Кількість договорів (2025)	Δ договорів (до 2023), %	Фінансування (2025), млн грн	Δ фінансування (до 2023), %	Тип територіальної стійкості
Прифронтові та деокуповані	78	+52,9 %	1 037,30	+51,1 %	Фронтіву: збереження та адаптація під тиском
Східна зона ризику	5	–16,7 %	45,40	+164,2 %	Релокаційна: концентрація в безпечних хабах
Центрально-південна	37	+37,0 %	431,62	+123,8 %	Резервна: «другий ешелон» прийому евакуйованих
Тилова (захід і центр)	250	+43,7 %	2 976,68	+89,1 %	Хабова: масштабне нарощування потужностей
Україна (загалом)	370	+43,4 %	4 491,00	+81,7 %	Системна: адаптивність національної мережі

Примітка: групи регіонів: прифронтові та деокуповані – Дніпропетровська, Запорізька, Харківська, Херсонська, Миколаївська; східна зона ризику – Донецька; центрально-південна – Кіровоградська, Черкаська, Одеська; тилова (захід і центр) – Львівська, Івано-Франківська, Вінницька, Київська, Рівненська тощо.

з активним включенням спеціалізованих госпіталів ветеранів та клінік НАМН до ПМГ саме у 2025 р.

Приватний сектор реалізував шлях Б та став лідером за обсягом (+89,0 % фінансування), підтверджуючи свою високу управлінську спроможність та адаптивність до воєнних умов. Водночас різке зростання ролі державних закладів у 2025 р. (з 1 % до 2,7 % частки) є новим трендом у лідерстві за якістю (шлях Б) – держава свідомо включає свої спеціалізовані установи (госпіталі ветеранів, клініки НАМН) до цивільної системи ПМГ, що посилює національну спроможність реабілітації військового часу.

У Рівненській області приватний сектор представлений мінімально: лише ПП «Клініка Мед ОК», яка отримала за пакетом № 54 фінансування 2,17 млн грн, або ж 0,93 % від 233,1 млн грн і 13,5 % на національному рівні. Це аномалія, зумовлена домінуванням комунальних хабів, як-от Рівненський обласний клінічний госпіталь.

Станом на 2025 р. у Рівненській області функціонують 23 заклади, законтрактовані за реабілітаційними напрямками (15 – за пакетом № 53 та 20 – за № 54). Результати сформованого рейтингу управлінської спроможності (табл. 5) свідчать про критичну концентрацію 80,0 % фінансових ресурсів стаціонарної допомоги (192,9 млн грн із 239,95 млн грн загалом) у руках 11 провідних надавачів.

Абсолютним лідером є КП «Рівненський обласний клінічний госпіталь», який акумулює 22,5 % регіонального фінансування (53,9 млн грн), що підтверджує його статус національного хабу та тренінгового центру зі спінальної реабілітації. Успіх закладу є прямим результатом реалізації стратегії «лідерства за якістю» (шлях А) через залучення масштабних інвестицій та міжнародну співпрацю [12].

Наступні позиції рейтингу посідають КП «Рівненська обласна клінічна лікарня імені Ю. Семенюка» (20,3 млн грн; 8,4 %) та КНП «Дубенська міська лікарня» (18,3 млн грн; 7,6 %), які стали ключовими вузлами прийому евакуаційних потоків.

Така висока концентрація ресурсів ілюструє дієвість механізмів НСЗУ, які в умовах війни автоматично спрямували кошти у «кластери успіху». Це заклади, що продемонстрували високу управлінську гнучкість і здатність до подвійного лідерства за якістю й обсягами (шляхи А і Б).

Ця структура підтверджує, що договір із НСЗУ став об'єктивним маркером спроможності менеджменту лікарні забезпечувати інтенсивну реабілітацію навіть у критичних умовах.

Проведений аналіз розподілу дав змогу виявити дві ключові аномалії, пов'язані з управлінською спроможністю закладів і стійкістю реабілітаційної мережі у військових умовах у регіоні, а саме домінування стаціонарної допомоги. Співвідношення фінансування № 53 / № 54 (8,5 : 1 у 2024 р.) перевищує національне (2,26 : 1), зумовлене прийомом важких поранених (80,0 % фінансування № 53 у 11 хабах). Це посилює мережу в критичних сегментах, але загрожує доступністю для віддалених районів (лише 20 % ліжок поза обласним центром), де пацієнти з легкими травмами чи ВПО не можуть отримати амбулаторну підтримку. Інша аномалія полягає у незначній участі приватного сектору (0,93 % проти 13,5 % на національному рівні). Домінування комунальних гігантів, як-от Рівненський обласний клінічний госпіталь (26,3 % за пакетом № 53), створює бар'єр для приватних інвестицій у стаціонар. Приватні провайдери фокусуються на амбулаторії (пакет № 54) або виходять на платний ринок, що стримує конкуренцію та інновації в регіоні.

Ці аномалії ілюструють «природний відбір» НСЗУ. «Кластери успіху» (11 закладів, 80,0 % пакета № 53) – лідери за якістю та обсягом (шляхи А, Б), ті, що пройшли воєнний стрес-тест (модернізація, прийом евакуйованих, робота з SR1–SR2); «кластери відставання», ті, що намагаються наслідувати лідерів (мінімальні контракти), – неспроможні сегменти. Рівненський обласний клінічний госпіталь (53,9 млн грн за № 53) є еталоном: +117,6 % фінансування через статус хабу для спінальних травм. Це підтверджує гіпотезу про те, що контракування виявило та підтримало стійкі елементи мережі, забезпечивши регіональну адаптивність в умовах триваючої війни та управлінську спроможність, лідерство.

Обговорення результатів дослідження

Емпіричний аналіз даних НСЗУ (2023–2025 рр.) на національному та регіональному рівнях підтверджує центральну тезу, що в умовах війни успішне контракування стало об'єктивним інтегрованим

Таблиця 5

Рейтинг управлінської спроможності та стратегічного лідерства закладів Рівненщини (пакет № 53, 2025 р.)

Ранг	Назва надавача (скорочено)	Сума договору, млн грн	Частка в регіональному пакеті № 53, %	Стратегічний профіль закладу
1	Обласний клінічний госпіталь	53,9	22,5 %	Національний хаб: шлях А (спінальна реабілітація)
2	Обласна клінічна лікарня ім. Ю. Семенюка	20,3	8,4 %	Багатопрофільний хаб: шлях А/Б (політравма)
3	Дубенська міська лікарня	18,3	7,6 %	Регіональний опорний заклад: шлях Б
4	Рівненська міська лікарня № 2	18,0	7,5 %	Спеціалізований центр: шлях Б
5	Корецька обласна лікарня	16,2	6,8 %	Нішевий лідер: відновне лікування
6–11	Інші провідні надавачі (6 закладів)	66,2	27,2 %	Кластер наздоганяючого розвитку
	Усього (ТОП-11 надавачів)	192,9	80,0 %	Ядро регіональної спроможності

проксі-індикатором управлінської спроможності та стійкості реабілітаційної мережі. Жорсткі вимоги Програми медичних гарантій (ПМГ) виконали функцію національного «стрес-тесту», автоматично спрямувавши ресурси в ті заклади, які довели здатність працювати з бойовими травмами в екстремальних умовах.

Найяскравішим прикладом є Рівненський обласний клінічний госпіталь, який у 2025 р. отримав понад 52 млн грн за контрактами НСЗУ. Успіх закладу зумовлений високою управлінською спроможністю за всіма п'ятьма вимірами: від проактивного стратегічного позиціонування та залучення понад 1 млрд грн інвестицій до впровадження міжнародних протоколів і забезпечення автономної роботи під час блекаутів. Цей кейс доводить, що контракування не лише винагороджує ефективний менеджмент, а й підтримує елементи мережі, критичні для виживання всієї системи.

Водночас аналіз виявив стратегічну дилему. З економічної та клінічної точок зору концентрація експертизи в одному потужному центрі є виправданою, оскільки забезпечує найвищу якість послуг. Проте у воєнний час така «надцентралізація» є фактором ризику, що знижує загальну живучість мережі. Тому наступним етапом державної політики має стати «керована децентралізація» – цілеспрямований трансфер технологій лікування важкої травми від лідерів-флагманів до лікарень другого ешелону.

Крім того, виділено три системні виклики, які потребують оперативного вирішення.

1. Дисбаланс етапів відновлення. Аномальне переважання фінансування стаціонарної допомоги над амбулаторною (наприклад, 8,5 : 1 у Рівненській області у 2024 р.) свідчить про те, що мережа успішно виконала роль стабілізаційного хабу для поранених, але ще не сформувала повноцінної інфраструктури для довготривалого післястаціонарного супроводу.

2. Ефект «витіснення» приватного сектору. Практично повна відсутність приватних провайдерів у стаціонарній реабілітації тилових регіонів (0,93 % на Рівненщині проти 13,7 % загалом по країні) вказує на те, що домінування потужних комунальних хабів створює бар'єр для приватних інвестицій. У довгостроковій перспективі це загрожує зниженням конкуренції та інноваційності галузі.

3. Регіональна неоднорідність. Прифронтові області демонструють найвищі темпи зростання спроможності, тоді як тиллові хаби наближаються до межі своїх потужностей («насичення»). Це сигналізує про необхідність перегляду політики НСЗУ з фокусом на стимулювання амбулаторної ланки та залучення приватних надавачів саме у стабільних тилових регіонах.

Перспективи подальших досліджень

Подальші дослідження можуть бути спрямовані на: 1) поглиблені кейс-стаді лідерів (Рівненський обласний клінічний госпіталь, Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. Мечникова) та наздоганяючих

їх закладів із використанням напівструктурованих інтерв'ю з керівництвом та аналізу внутрішньої документації для виявлення конкретних управлінських практик, що визначають спроможність у воєнний час; 2) розробці та валідації композитного індексу «воєнної спроможності реабілітаційної мережі» на основі відкритих даних НСЗУ (обсяг контрактів, % SR1–SR2, середній обсяг на договір, динаміка 2022–2025 рр.), що дасть можливість проводити щорічний бенчмаркінг регіонів та прогнозування ризиків колапсу; 3) окремому дослідженні бар'єрів входження приватного сектору в стаціонарну реабілітацію тилових регіонів та розробці цільових стимулів (гарантовані контракти на 3–5 років, співфінансування обладнання, спрощене ліцензування для інвесторів).

Довгостроковий лонгітюдний аналіз (2025–2030 рр.) ефективності амбулаторної реабілітації за результатами реінтеграції ветеранів (повернення до праці, якість життя) дасть змогу оцінити, чи нинішній дисбаланс стаціонар / амбулаторія є тимчасовим воєнним явищем, чи закладає системні проблеми на післявоєнний період.

Отримані результати доводять, що в умовах війни інструмент контракування з НСЗУ виявився одним із найефективніших щодо збереження та нарощування спроможності реабілітаційної мережі України, який автоматично спрямував ресурси туди, де вони були найбільш потрібні, і водночас чітко виявив зони вразливості, що потребують термінового втручання вже сьогодні.

Висновки

Проведений аналіз функціонування реабілітаційної мережі України у 2023–2025 рр. дає змогу зробити такі узагальнення.

1. Контракування є індикатором управлінського лідерства. Доведено, що в умовах воєнного стану процедура укладання договорів із НСЗУ за пакетами № 53 та № 54 трансформувалася з адміністративного інструменту в об'єктивний національний «стрес-тест» інституційної спроможності медичних закладів. Успішне контракування є беззаперечним маркером здатності менеджменту забезпечувати безперебійну роботу в екстремальних умовах.

2. Дієвість моделі спроможності. Підтверджено практичну цінність п'ятикомпонентної моделі оцінювання (стратегічний, операційно-технологічний, фінансовий, організаційно-кадровий виміри та стійкість до шоків). Вимоги Програми медичних гарантій виступили механізмом «природного відбору», автоматично спрямувавши ресурси до найбільш адаптивних надавачів.

3. Безпрецедентне зростання стійкості мережі. Попри масштабні руйнування інфраструктури, національна система продемонструвала проривне зростання: кількість контрактів збільшилася на 33,0 %, а загальний обсяг фінансування – на 61,8 %.

4. Ефективність регіональної моделі тилового хабу. На прикладі Рівненської області підтверджено здатність тилових регіонів до випереджального нарощування потужностей (приріст фінансування +105,3 %). Формування «кластерів успіху», де 80,0 % ресурсів зосереджено в 11 опорних закладах, доводить успішність стратегії «лідерства за якістю» (як-от у Рівненському обласному клінічному госпіталі).

5. Системні диспропорції та вразливі зони. Виявлено критичний дисбаланс між стаціонарним та амбулаторним етапами відновлення: співвідношення фінансування на Рівненщині становить 8,5 : 1 порівняно з 2,26 : 1 на національному рівні. Разом із вкрай низькою участю приватного сектору в регіоні (0,93 %) це свідчить про гострий дефіцит потужностей для довготривалого післястаціонарного супроводу.

Література

1. Борщ ВІ, Рудінська ОВ, Кусик НЛІ. Менеджмент та маркетинг в охороні здоров'я: навчальний посібник. Одеса: Олді+; 2022. 264 с. URL: <https://repo.odmu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/12169>
2. Bradley EH, Taylor LA, Cuellar CJ. Management Matters: A Leverage Point for Health Systems Strengthening in Global Health. *International Journal of Health Policy and Management*. 2015;4(7):411–415. DOI: <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.101>
3. Kruk ME et al. Building resilient health systems: a proposal for a resilience index. *BMJ*. 2017;357:j2323. DOI: <https://doi.org/10.1136/BMJ.J2323>
4. Blanchet K, Nam SL, Ramalingam B, Pozo-Martin F. Governance and Capacity to Manage Resilience of Health Systems: Towards a New Conceptual Framework. *International Journal of Health Policy and Management*. 2017;6(8):431–435. DOI: <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.36>
5. Truppa C et al. Health systems resilience in fragile and conflict-affected settings: a systematic scoping review. *Conflict and Health*. 2024;18(1):2. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13031-023-00560-7>
6. World Health Organization. Rehabilitation in health systems: Guide for action. Geneva: WHO; 2023. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515986>
7. Lindner L, Lorenzoni L. Innovative providers' payment models for promoting value-based health systems: Start small, prove value, and scale up. *OECD Health Working Papers*. 2023;154. Paris: OECD Publishing. DOI: <https://doi.org/10.1787/627fe490-en>
8. OECD. Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience. Paris: OECD Publishing; 2023. DOI: <https://doi.org/10.1787/1e53cf80-en>
9. Segev D, Schiff M, Shelef L. Occupational rehabilitation of Israel Defense Forces veterans with PTSD: A 5-year follow-up. *International Journal of Psychology*. 2024;59(6):1064–1074. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijop.13231>
10. Htwe O et al. Barriers and facilitators for increased accessibility to quality rehabilitation services in low- and middle-income countries: a systematic review. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2024;60(3):514–522. DOI: <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.24.08154-1>
11. Про деякі питання щодо реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення: постанова Кабінету Міністрів України від 10.04.2019 № 410. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/410-2019-p>
12. Національна служба здоров'я України. Аналітична панель (дашборд): Аналіз мережі закладів охорони здоров'я, законтрагованих за пакетами реабілітаційної допомоги. 2025. URL: <https://nszu.gov.ua/dashboards/statistika-nadanih-poslug-za-dogovori-iz-nszu-pr>
13. Крук ІМ, Григус ІМ. Фізична терапія військовослужбовців з наслідками вогнепальних поранень. *Rehabilitation and Recreation*. 2022;12(1):44–51. DOI: <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2022.12.6>
14. Полянська ОС. Розвиток фізичної та реабілітаційної медицини в Україні в період воєнного стану. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*. 2024;14(2):19–22. DOI: <https://doi.org/10.24061/2413-4260.xiv.2.52.2024.3>
15. Сітенко О. Розвиток системи реабілітації в Україні: організаційні аспекти. *Ортопедія, травматологія та протезування*. 2023;2(2):77–83. DOI: <https://doi.org/10.15674/0030-59872023277-83>
16. Чоп'як В, Чемерис О, Гдира О. Розвиток системи реабілітації в Україні. *Праці Наукового товариства імені Шевченка. Медичні науки*. 2024;76(2). DOI: <https://doi.org/10.25040/ntsh2024.02.01>
17. Коротун СІ, Бурачик АІ, Скорина ТМ. Вдосконалення системи управління закладом охорони здоров'я КП «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради. *Rehabilitation and Recreation*. 2024;18(3):137–152. DOI: <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2024.18.3.13>
18. Василів ВБ, Безтелесна ЛІ, Тихончук ЛХ. Забезпечення інформаційної безбар'єрності реабілітаційних програм медичних закладів Рівненської області. *Rehabilitation and Recreation*. 2025;19(2):77–92. DOI: <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2025.19.2.7>

References

1. Borshch VI, Rudinska OV, Kussyk NL. Menedzhment ta marketynh v okhroni zdorovia [Management and marketing in health care]. Odessa: Oldi+; 2022. Available from: <https://repo.odmu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/12169> [in Ukrainian].
2. Bradley EH, Taylor LA, Cuellar CJ. Management matters: A leverage point for health systems strengthening in global health. *International Journal of Health Policy and Management*. 2015;4(7):411–415. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.101>
3. Kruk ME et al. Building resilient health systems: A proposal for a resilience index. *BMJ*. 2017;357:j2323. <https://doi.org/10.1136/bmj.j2323>
4. Blanchet K, Nam SL, Ramalingam B, Pozo-Martin F. Governance and capacity to manage resilience of health systems: Towards a new conceptual framework. *International Journal of Health Policy and Management*. 2017;6(8):431–435. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.36>
5. Truppa C et al. Health systems resilience in fragile and conflict-affected settings: A systematic scoping review. *Conflict and Health*. 2024;18(1):2. <https://doi.org/10.1186/s13031-023-00560-7>

6. World Health Organization. Rehabilitation in health systems: Guide for action. Geneva: WHO; 2023. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515986>
7. Lindner L, Lorenzoni L. Innovative providers' payment models for promoting value-based health systems: Start small, prove value, and scale up. OECD Health Working Papers, No. 154. Paris: OECD Publishing; 2023. <https://doi.org/10.1787/627fe490-en>
8. OECD. Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience. Paris: OECD Publishing; 2023. <https://doi.org/10.1787/1e53cf80-en>
9. Segev D, Schiff M, Shelef L. Occupational rehabilitation of Israel Defense Forces veterans with PTSD: A 5-year follow-up. International Journal of Psychology. 2024;59(6):1064–1074. <https://doi.org/10.1002/ijop.13231>
10. Htwe O et al. Barriers and facilitators for increased accessibility to quality rehabilitation services in low- and middle-income countries: A systematic review. European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine. 2024;60(3):514–522. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.24.08154-1>
11. Cabinet of Ministers of Ukraine. Pro deiaki pytannia shchodo realizatsii prohramy derzhavnykh harantii medychnoho obsluhovuvannya naseleniia [On implementing the program of state guarantees of medical care for the population]. Resolution No. 410. Kyiv; 2019. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/410-2019-pr> [in Ukrainian].
12. National Health Service of Ukraine. Analitichna panel (dashbord): Analiz merezhi zakladiv okhorony zdorovia, zakontraktovanykh za paketamy reabilitatsiinoi dopomohy [Dashboard: Health facilities contracted for rehabilitation services]. 2025. Available from: <https://nszu.gov.ua/dashboards/statistika-nadanix-poslug-za-dogovorami-iz-nszu-pr> [in Ukrainian].
13. Kruk IM, Hryhus IM. Fizychna terapiia viiskovosluzhbovtiv z naslidkamy vohnefalnykh poranen [Physical therapy of military personnel with consequences of gunshot wounds]. Rehabilitation and Recreation. 2022;12:44–51. <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2022.12.6> [in Ukrainian].
14. Polianska OS. Rozvytok fizychnoi ta reabilitatsiinoi medytsyny v Ukraini v period voiennoho stanu [Development of physical and rehabilitation medicine in Ukraine during martial law]. Neonatology, Surgery and Perinatal Medicine. 2024;14(2):19–22. <https://doi.org/10.24061/2413-4260.xiv.2.52.2024.3> [in Ukrainian].
15. Sitenko O. Rozvytok systemy reabilitatsii v Ukraini: orhanizatsiini aspekty [Development of the rehabilitation system in Ukraine: Organizational aspects]. Ortopediia, Travmatolohiia ta Protezuvannia. 2023;2:77–83. <https://doi.org/10.15674/0030-59872023277-83> [in Ukrainian].
16. Chopiak V, Chemerys O, Hdyrya O. Rozvytok systemy reabilitatsii v Ukraini [Development of the rehabilitation system in Ukraine]. Proceedings of the Shevchenko Scientific Society. Medical Sciences. 2024;76(2). <https://doi.org/10.25040/ntsh2024.02.01> [in Ukrainian].
17. Korotun SI, Burachyk AI, Skoryna TM. Vdoskonalennia systemy upravlinnia zakladom okhorony zdorov'ia KP "Rivnenskyi oblasnyi hospital veteraniv viiny" Rivnenskoï oblasnoi rady [Improving the management system of the health care facility "Rivne Regional Veterans Hospital"]. Rehabilitation and Recreation. 2024;18(3):137–152. <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2024.18.3.13> [in Ukrainian].
18. Vasylyv VB, Beztelesna LI, Tykhonchuk LKh. Zabezpechennia informatsiinoi bezbarierhosti reabilitatsiinykh prohram medychnykh zakladiv Rivnenskoï oblasti [Ensuring informational accessibility of rehabilitation programs in medical institutions of Rivne region]. Rehabilitation and Recreation. 2025;19(2):77–92. <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2025.19.2.7> [in Ukrainian].

Мета: теоретично обґрунтувати та проаналізувати контракування пакетів реабілітаційної допомоги в умовах воєнного стану як інструмент визнання управлінської спроможності та лідерства закладів охорони здоров'я.

Матеріали та методи. Проаналізовано агреговані статистичні дані Національної служби здоров'я України (НСЗУ) за 2023–2025 рр. щодо динаміки укладених договорів та фінансування за пакетами послуг № 53 («Реабілітаційна допомога у стаціонарних умовах») та № 54 («Реабілітаційна допомога в амбулаторних умовах»). Застосовано статистичний, порівняльний та системний методи аналізу.

Результати. Доведено, що в умовах війни контракування з НСЗУ є об'єктивним «стрес-тестом» інституційної спроможності. На національному рівні, попри руйнування 23 % інфраструктури, кількість контрактів зросла на 33,0 %, а фінансування – на 61,8 %, з пріоритетом стаціонарного пакета № 53 (+81,7 %) для лікування важких бойових травм. На регіональному рівні (Рівненська область) фінансування зросло на 105,3 %. Валідовано п'ятикомпонентну модель управлінської спроможності. Виявлено критичну концентрацію 80,0 % ресурсів в 11 провідних надавачів Рівненщини, де абсолютним лідером є Рівненський обласний клінічний госпіталь.

Висновки. Успішне контракування з НСЗУ є точним індикатором стійкості реабілітаційної мережі. Проте виявлено системні диспропорції: дисбаланс між стаціонарною та амбулаторною ланками (8,5 : 1 на Рівненщині) та низьку частку приватного сектору (0,93 %). Рекомендовано НСЗУ переглянути тарифну політику для пакета № 54 для стимулювання амбулаторного етапу відновлення та розробити заходи щодо залучення приватних інвестицій. Державна стратегія має орієнтуватися на «керовану децентралізацію» експертизи від національних хабів до лікарень другого ешелону.

Ключові слова: менеджмент, лідерство, реабілітація, контракування, медичні пакети, спроможність, воєнний стан, фінансування, заклад охорони здоров'я.

Purpose. The primary purpose of this study is to provide a comprehensive theoretical substantiation and practical analysis of the contracting mechanism for rehabilitation care packages under martial law. The research positions contracting with the National Health Service of Ukraine (NHSU) not merely as an administrative procedure, but as a critical integrated proxy-indicator for recognizing the management capacity and strategic leadership of healthcare institutions. These institutions form the backbone of the national rehabilitation network, ensuring systemic resilience during a period of unprecedented external shocks caused by full-scale military aggression.

Materials and methods. The study is based on an extensive analysis of aggregated statistical data provided by the NHSU for the period 2023–2025. The core information source includes the dynamics of concluded contracts and total funding allocations for the Program of Medical Guarantees (PMG) packages: No. 53 (“Rehabilitation assistance for adults and children in inpatient conditions”) and No. 54 (“Rehabilitation assistance for adults and children in outpatient conditions”). The research methodology incorporates statistical analysis, the comparative method to evaluate national versus regional trends, content analysis of regulatory NHSU documents, and a systems approach to validate a multifaceted model of institutional capacity.

Results. The research demonstrates that during the war, NHSU contracting transformed into an objective national “stress test” of institutional capacity. At the national level, despite the destruction of approximately 23 % of medical infrastructure in the eastern and southern regions, the rehabilitation network showed significant growth. The number of contracts increased by 33.0 %, and total funding volumes grew by 61.8 %, rising from UAH 4.11 billion in 2023 to an estimated UAH 6.66 billion in 2025. Inpatient care (Package No. 53) became a strategic priority, with funding increasing by 81.7 % to support the intensive treatment of severe combat-related injuries, particularly those classified under the highest severity ratings (SR1–SR2).

At the regional level, using the Rivne region as a representative rear-area hub, the study recorded a funding growth of 105.3 %, which significantly outpaced the national average. This confirms the region’s vital role as a “rear rehabilitation hub” for evacuated military personnel and civilians. The study validated a five-component capacity model encompassing strategic, operational-technological, financial, organizational-personnel dimensions, and resilience to external shocks (such as blackouts and mass evacuations). The management capacity rating for the Rivne region revealed a critical concentration of 80.0 % of financial resources among 11 leading providers. The Rivne Regional Clinical Hospital for War Veterans emerged as the absolute leader, accumulating 22.5 % of regional funding (UAH 53.9 million) by implementing a “quality leadership” strategy through large-scale international investments and specialized spinal rehabilitation programs.

Conclusions. Successful contracting with the NHSU serves as the most accurate indicator of management leadership and systemic resilience in a conflict-affected environment. However, the analysis identified systemic imbalances: a significant gap between inpatient and outpatient care (an 8.5:1 ratio in the Rivne region compared to 2.26:1 nationally) and extremely low private sector participation at the regional level (0.93 % vs 13.5 % nationally). These findings suggest that while the network has adapted for emergency stabilization, it currently lacks the infrastructure for a full long-term functional recovery cycle.

Recommendations. It is recommended that the NHSU revise its tariff policies for Package No. 54 to stimulate outpatient recovery and conduct targeted research into barriers for private investment in rear regions. For regional authorities, the study suggests a strategy of “managed decentralization”, focusing on transferring expertise from flagship hubs to second-tier district hospitals to improve geographical accessibility and reduce the over-concentration of resources in regional centers.

Key words: management, leadership, rehabilitation, contracting, medical packages, management capacity, martial law, financing, healthcare institution, Program of Medical Guarantees, resilience, NHSU.

Конфлікт інтересів: відсутній

Conflict of interest: absent.

Відомості про авторів

Василів Володимир Богданович – кандидат технічних наук, доцент кафедри комп’ютерних технологій та економічної кібернетики Національного університету водного господарства та природокористування; вул. Соборна, 11, м. Рівне, Україна, 23000.

v.b.vasyliv@nuwm.edu.ua, ORCID ID: 0000-0003-4152-3345 ^{A, B, C, D}

Безтелесна Людмила Іванівна – доктор економічних наук, професор кафедри менеджменту та публічного врядування Національного університету водного господарства та природокористування; вул. Соборна, 11, м. Рівне, Україна, 23000.

l.i.beztelesna@nuwm.edu.ua, ORCID ID: 0000-0002-0262-9334 ^{A, B, D, F}

Пляшко Ольга Степанівна – кандидат економічних наук, доцент кафедри економіки та управління бізнесом Рівненського державного гуманітарного університету; вул. С. Бандери, 12, м. Рівне, Україна, 23000.

olga.plyashko@rshu.edu.ua, ORCID ID: 0000-0001-7202-1036 ^{B, C, D, E}

Дата першого надходження статті до видання: 23.04.2026

Дата прийняття статті до друку після рецензування: 08.06.2026

Дата публікації (оприлюднення) статті: 14.07.2026.