



Економіка реабілітації

УДК 338.46:615.8

DOI <https://doi.org/10.5281/zenodo.20440339>

## РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ПОСЛУГИ ЯК ЕКОНОМІЧНА КАТЕГОРІЯ ТА ЇХНЄ МІСЦЕ У СТРУКТУРІ СФЕРИ ПОСЛУГ

**Свищ Ярослав Степанович**

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

ORCID: 0000-0002-1573-8599

**Графська Орислава Іванівна**

доктор економічних наук, професор  
Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського

ORCID: 0000-0002-8134-3771

**Графський Володимир Васильович**

лікар, судинний хірург, м. Львів, Україна

ORCID: 0009-0008-4796-9077

**Прийнято: 15.05.2026 | Опубліковано: 25.05.2026**

**Анотація.** У статті реабілітаційні послуги обґрунтовано як самостійну економічну категорію та визначено їхнє місце у структурі сфери послуг. Показано, що реабілітаційна послуга є економічним благом подвійної природи (процес і результат), яке виробляється у режимі спільного виробництва за участю пацієнта й обтяжене позитивними зовнішніми ефектами, що перетворюють його на мериторне благо, систематично недовироблюване ринком. Здійснено розмежування реабілітаційної, медичної та соціальної послуги за метою,



очікуваним результатом і способом оцінювання корисності, на підставі чого запропоновано авторську концепцію «тріади послуг відновлення», що створює спільну аналітичну мову для економістів, клініцистів і управлінців. Зіставлення класифікацій КВЕД, ISIC, CPC та GATS засвідчило структурну фрагментацію реабілітації між охороною здоров'я й соціальним захистом, що дало змогу обґрунтувати її позиціонування як міжсекторальної послуги з розвитку людського капіталу, яка інституційно поєднує медичний, соціальний і трудовий виміри. Проаналізовано будову ринку реабілітаційних послуг, виявлено провали ринку та домінуючу роль держави як моносонічного покупця, що через диференційований тариф замінює відсутній ринковий ціновий сигнал. Узагальнено докази економічної ефективності реабілітації та визначено методологічні обмеження економічних оцінок, зокрема відкладеність результату, багатовимірність ефектів і переважання непрямих вигід. Особливу увагу приділено українському контексту: різкому зростанню потреби внаслідок війни, динаміці бюджетного фінансування реабілітації в межах Програми медичних гарантій та перспективам адаптації до стандартів ЄС і ВООЗ у повоєнному відновленні. Зроблено висновок про доцільність сприйняття реабілітації як інвестиції в людський капітал, а не як видатку, що потребує постійного обґрунтування.

**Ключові слова:** реабілітаційні послуги; економічна категорія; сфера послуг; мериторне благо; людський капітал; фінансування реабілітації; ринок послуг; повоєнне відновлення.

## **REHABILITATION SERVICES AS AN ECONOMIC CATEGORY AND THEIR PLACE IN THE STRUCTURE OF THE SERVICE SECTOR**

**Svyshch Yaroslav S.**

Professor, Candidate of Sciences in Physical Education and Sports

Rector, Lviv State University of Physical Culture named after Ivan Boberskyi

ORCID: 0000-0002-1573-8599



**Grafska Oryslava I.**

Doctor of Economics, Professor

Lviv State University of Physical Culture named after Ivan Boberskyi

ORCID: 0000-0002-8134-3771

**Grafskiy Volodymyr V.**

Physician, Vascular Surgeon, Lviv, Ukraine

ORCID: 0009-0008-4796-9077

**Abstract.** The article substantiates rehabilitation services as a distinct economic category and defines their place within the structure of the service sector. It shows that a rehabilitation service is an economic good of a dual nature (both a process and an outcome), produced through co-production involving the patient and bearing positive externalities that turn it into a merit good systematically underproduced by the market. Rehabilitation, medical and social services are differentiated by their purpose, expected outcome and the method of assessing utility, which allows the author to propose the concept of the 'triad of restorative services' providing a common analytical language for economists, clinicians and managers. A comparison of the KVED, ISIC, CPC and GATS classifications reveals the structural fragmentation of rehabilitation between health care and social protection, providing grounds for its positioning as a cross-sectoral service for human capital development that institutionally integrates the medical, social and labour dimensions. The article analyses the structure of the rehabilitation services market, identifies market failures and the dominant role of the state as a monopsonistic purchaser that replaces the absent market price signal through a differentiated tariff. Evidence of the economic effectiveness of rehabilitation is summarised and the methodological limitations of economic evaluations are identified, including the delayed nature of outcomes, the multidimensionality of effects and the predominance of indirect benefits. Particular attention is paid to the Ukrainian context: the sharp rise in demand caused by the war, the dynamics of budgetary financing of rehabilitation within the Programme of Medical Guarantees and the prospects of



adaptation to EU and WHO standards within post-war recovery. It is concluded that rehabilitation should be perceived as an investment in human capital rather than as an expenditure.

**Keywords:** rehabilitation services; economic category; service sector; merit good; human capital; rehabilitation financing; services market; post-war recovery.

### Постановка проблеми

Осмилення місця реабілітації в економічному просторі стає невідкладним саме тоді, коли суспільство зіштовхується з масовою потребою у відновленні людського потенціалу, а звичних ресурсів для задоволення цієї потреби бракує. Війна, що триває в Україні, створила саме таку ситуацію: ще до повномасштабного вторгнення в країні було зареєстровано понад 2,7 млн осіб з інвалідністю, а за роки бойових дій до них додалися десятки тисяч поранених військових і цивільних [3]. За оцінками Міністерства охорони здоров'я, до середини 2024 р. через бойові травми виконано близько 100 тисяч ампутацій, тоді як неінфекційні захворювання й надалі формують 84 % усіх смертей [2]. Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» закріпив біопсихосоціальну модель і визначив реабілітацію як комплекс заходів, що оптимізують функціонування особи з обмеженнями повсякденної життєдіяльності [1]. Попри ухвалення прогресивного законодавства й помітне зростання державного фінансування, економічна природа реабілітаційної послуги залишається недостатньо осмисленою: бракує концептуальної ясності щодо того, яким саме економічним благом є реабілітація, чим вона відрізняється від суміжних послуг і яке місце посідає у структурі сфери послуг. Якщо припустити, що без відповіді на ці питання неможливо ні коректно вимірювати ефективність витрат, ні обґрунтовано пріоритезувати фінансування, то стає зрозуміло, чому саме політекономічний ракурс набуває наразі критичної ваги. Відтак пошук відповідей на ці питання є передумовою побудови сталої моделі ринку реабілітаційних послуг у повоєнній перспективі.



### **Аналіз останніх досліджень і публікацій**

Емпіричним підґрунтям для оцінювання глобальної потреби в реабілітації слугує дослідження А. Cieza зі співавторами, опубліковане в журналі *The Lancet*, яке на основі Глобального тягаря хвороб 2019 р. встановило, що 2,41 млрд осіб у світі мають стан, що потребує реабілітації, а провідним серед таких станів є біль у попереку, що лідирує у 134 зі 204 країн [4]. Інституційні засади розбудови реабілітації в системах охорони здоров'я обґрунтували Е. Krug і А. Cieza у *Bulletin of the World Health Organization*, наголосивши, що реабілітація має бути інтегрована в усі рівні медичної допомоги, а не залишатися ізольованим спеціалізованим напрямом [5]. Рамку державної політики, здатну вбудувати й розширити реабілітацію в європейських системах охорони здоров'я, запропонували D. Skempes зі співавторами на сторінках *Health Policy*, акцентувавши увагу на нормативному, фінансовому й кадровому вимірах підтримки [6]. Питання економічної ефективності досліджували G. Shields зі співавторами, які у виданні *Heart* узагальнили докази щодо кардіореабілітації й встановили прийнятні інкрементні показники витрат на рік життя, скоригований на якість [7], тоді як L. Lorenz і M. Doonan у *Frontiers in Public Health* кількісно оцінили вигоду від мультидисциплінарної реабілітації після тяжкого ушкодження мозку [8], а L. Turner-Stokes зі співавторами у *The Journal of Head Trauma Rehabilitation* розраховували пожиттєву економію витрат на догляд після спеціалізованої реабілітації [9]. Методологічні складнощі економічного оцінювання у клінічній реабілітації систематизовано в тематичній добірці журналу *Clinical Rehabilitation*, де наголошено на багатовимірності результатів і переважанні непрямих вигід [10], а ширший огляд економічних оцінок реабілітаційних втручань крізь призму повернення до праці узагальнено в рецензованому міжнародному дослідженні [11]. Макроекономічний зв'язок між економічним зростанням і видатками на реабілітацію проаналізовано у *BMC Public Health*, де виявлено, що саме лише економічне зростання не гарантує пропорційного збільшення фінансування [12], а можливості розширення фінансування в країнах із низьким і середнім доходом висвітлено у *Frontiers in*



Rehabilitation Sciences [13]. Теоретичне розуміння природи послуги спирається на працю S. Moeller у Journal of Services Marketing, яка переглянула класичну модель ІНП і запропонувала диференційовану типологію властивостей [14]. Вітчизняна наукова думка представлена дослідженням В. І. Горошко та О. В. Гордієнка щодо діджиталізації ринку реабілітаційних послуг у Клінічній та профілактичній медицині [15], аналізом проблем соціального захисту осіб з інвалідністю І. І. Смирнової зі співавторами у Віснику економічної науки України [16], працею О. Поплавської та Я. Василенко про вдосконалення соціальної реабілітації в журналі Економіка та суспільство [17] і розвідкою І. Дернової про світовий ринок послуг у тому ж виданні [18]. Сукупно ці дослідження утворюють міцну емпіричну й теоретичну базу, проте здебільшого розглядають реабілітацію або суто клінічно, або суто соціально, залишаючи відкритим питання її цілісного політекономічного осмислення як самостійної економічної категорії та структурного позиціонування у сфері послуг.

### **Формулювання цілей статті**

Мета статті полягає в обґрунтуванні реабілітаційних послуг як самостійної економічної категорії та визначенні їхнього місця у структурі сфери послуг. Досягнення цієї мети передбачає розкриття економічної природи реабілітаційної послуги та її розмежування із суміжними медичними й соціальними послугами, виявлення специфічних економічних властивостей такого блага, зіставлення національної та міжнародних класифікацій сфери послуг для визначення структурної позиції реабілітації, аналіз будови й механізмів фінансування ринку реабілітаційних послуг, а також узагальнення доказів економічної ефективності реабілітації з урахуванням українського воєнного й євроінтеграційного контексту.

### **Виклад основного матеріалу**

Осмислення реабілітації як економічної категорії доцільно розпочати з питання, що стоїть на перетині філософії блага й теорії вартості: що саме виступає предметом обміну, коли йдеться про відновлення людини, і чому ринок виявляється безсилим визначити ціну цього обміну. Реабілітаційна послуга є



економічним благом, яке виробляється у процесі безпосередньої взаємодії надавача (мультидисциплінарної реабілітаційної команди) та отримувача й задовольняє суспільну потребу у відновленні втраченого чи порушеного функціонування [1]. Як і будь-яке благо товарного виробництва, вона має споживну вартість (здатність задовольняти потребу не самого виробника, а отримувача) і мінову вартість, що проявляється у тарифі, контрактній ціні або приватному платежі. Реабілітація постає водночас і як процес послідовних втручань, і як результат у вигляді відновленої здатності особи діяти, а ця двоїстість істотно ускладнює вартісне вимірювання блага, оскільки оплачують процес, тоді як суспільну цінність має передусім результат. Якщо припустити, що ринковий механізм здатний визначити адекватну ціну лише за умови, що покупець може наперед оцінити якість і співвіднести її з витратами, то в реабілітації ця передумова руйнується: пацієнт не може оцінити ані тривалість відновлення, ані кінцевий приріст функціонування до моменту завершення курсу. Саме цей розрив між тим, за що платять, і тим, заради чого платять, перетворює реабілітацію на складний об'єкт економічного аналізу й відрізняє її від простих ринкових послуг із негайно спостережуваним ефектом. Це дає підстави стверджувати, що вже на рівні природи блага закладено передумову для державного регулювання ціни через тарифікацію, оскільки чистий ринковий ціновий сигнал тут систематично відсутній.

Самостійний категоріальний статус реабілітації найвиразніше проявляється при її розмежуванні з медичною та соціальною послугами, яке доцільно провести через концепцію, що її можна назвати «тріадою послуг відновлення». Медична послуга у вузькому розумінні спрямована на діагностику й лікування хвороби, її результат вимірюється клінічними показниками одужання чи ремісії, а корисність оцінюється через вплив на патологічний стан; соціальна послуга має на меті підтримку життєдіяльності й соціальної інтеграції особи, її результатом є збереження або відновлення самостійності та соціальних зв'язків, а мірилом корисності слугує ступінь подолання складних життєвих обставин. Реабілітаційна послуга посідає в цій тріаді не проміжне, а



самодостатнє місце, адже її мета полягає в оптимізації функціонування особи у взаємодії із середовищем, результат описується мовою Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я, а корисність визначається відновленою здатністю до самообслуговування, навчання й праці [1]. Систематизоване зіставлення цих трьох видів послуг за ключовими критеріями подано у таблиці 1. Тому реабілітацію коректно розрізняти як процес (послідовність мультидисциплінарних втручань), як галузь (сукупність надавачів, кадрів та інституцій) і як благо (предмет економічного обміну із власними ціновими й вартісними характеристиками). Змішування цих рівнів породжує більшість методологічних непорозумінь: економіст оцінює галузь за обсягом фінансування, клініцист оцінює процес за функціональним приростом, і фактично вони говорять про різні явища, не маючи спільної мови для порівняння. Видається обґрунтованим, що саме категоріальна чіткість, закріплена через «тріаду послуг відновлення», здатна забезпечити такий спільний знаменник.

### Таблиця 1

#### *Порівняльна характеристика реабілітаційної, медичної та соціальної послуги*

Критерій	Медична послуга	Соціальна послуга	Реабілітаційна послуга
Мета	Діагностика й лікування хвороби	Підтримка життєдіяльності та соціальна інтеграція особи	Оптимізація функціонування особи у взаємодії із середовищем
Очікуваний результат	Одужання, ремісія, зниження смертності	Збереження або відновлення самостійності та соціальних зв'язків	Відновлена здатність до самообслуговування, навчання й праці, описувана мовою МКФ
Спосіб оцінювання корисності	Клінічна ефективність щодо патологічного стану	Ступінь подолання складних життєвих обставин	Функціональний приріст в аспектах активності та участі
Регуляторна рамка в Україні	Закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»	Закон «Про соціальні послуги»	Закон «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» (2020)
Економічна природа блага	Суспільно значуще благо з високою інформаційною асиметрією	Переважно публічне благо, фінансоване з бюджету	Мериторне благо зі спільним виробництвом та позитивними екстерналіями

*Джерело: систематизовано автором на основі [1; 14]*



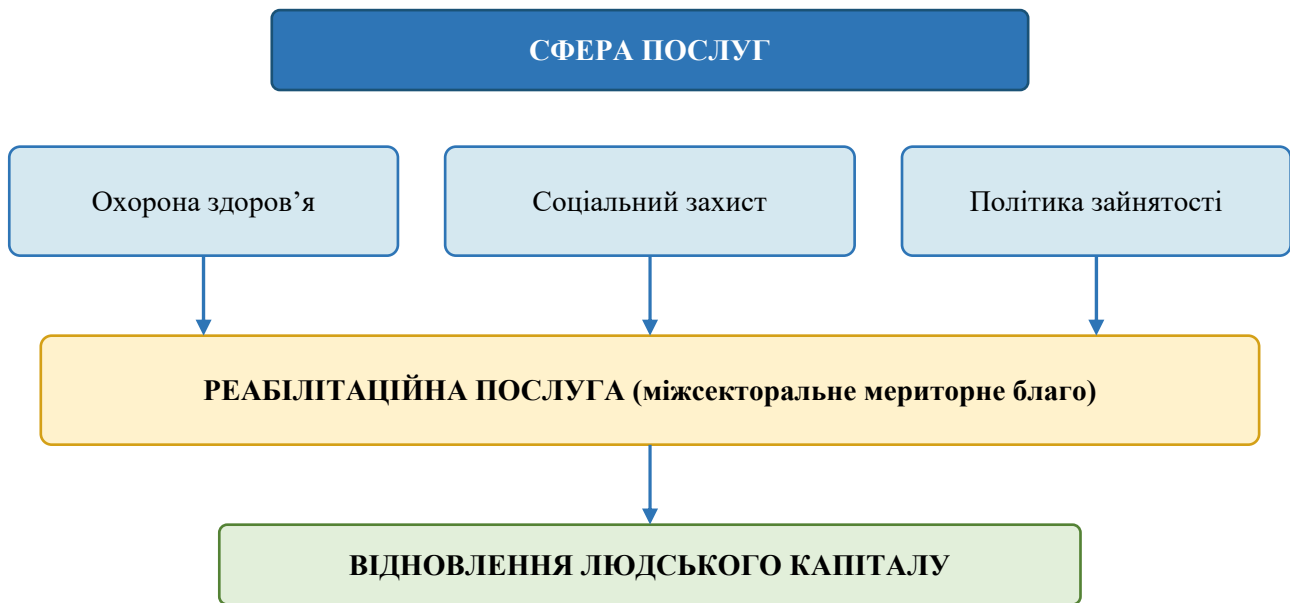
Специфічні економічні властивості реабілітаційної послуги пояснюють, чому до неї погано надаються стандартні ринкові інструменти, і водночас окреслюють онтологічні межі самого блага. Класична теорія послуг описує їх через чотири ознаки моделі ІНП (нематеріальність, невіддільність від виробника, неоднорідність якості та неможливість зберігання), кожна з яких, як засвідчує сучасний перегляд, не є універсальною і проявляється з різною інтенсивністю залежно від типу послуги [14]. У реабілітації всі чотири загострені до граничного стану: результат нематеріальний і відкладений у часі (приріст функціонування може стати помітним лише через тижні), послуга невіддільна від конкретного фахівця та фізичного простору надання, якість неоднорідна, оскільки залежить від кваліфікації команди, оснащення й мотивації пацієнта, а невикористаний робочий час фахівця зникає безповоротно. До названих ознак додається фундаментальна риса спільного виробництва (co-production), адже, на відміну від більшості послуг із пасивним споживачем, тут пацієнт є співвиробником результату, і без його активної участі у виконанні вправ та дотриманні режиму благо просто не створюється. Реабілітація, крім того, породжує значні позитивні зовнішні ефекти: вигоду отримують не лише пацієнт, а і його родина (зменшення навантаження на неформальний догляд), роботодавець (повернення продуктивного працівника), бюджет (скорочення соціальних виплат) і суспільство загалом, що перетворює її на класичне мериторне благо, яке вільний ринок систематично недовиробляє через розрив між приватною та суспільною корисністю. Через сукупність цих властивостей ціну неможливо вивести з ринкової рівноваги, результат важко приписати окремому втручанню, а контроль якості потребує стандартів, протоколів і незалежного оцінювання. Тому домінування держави як організатора ринку реабілітаційних послуг виявляється не випадковим, а закономірним наслідком самої економічної природи блага.

Визначивши категоріальний апарат і специфічні властивості реабілітаційної послуги, доцільно перейти до її структурного позиціонування у сфері послуг, яке найповніше розкривається через зіставлення класифікацій



різного рівня. У національному Класифікаторі видів економічної діяльності (КВЕД-2010) реабілітаційні заклади формально розпорашені: реабілітаційні центри віднесені до розділу 86 «Охорона здоров'я», діяльність фізичних терапевтів, ерготерапевтів і логопедів поза лікарнями потрапляє до класу 86.90 «Інша діяльність у сфері охорони здоров'я», а професійна реабілітація осіб з інвалідністю тяжіє до секції соціальної допомоги [19]. Міжнародні системи (ISIC, CPC та режим Генеральної угоди про торгівлю послугами зі списком W/120) також не передбачають окремої позиції для реабілітації, розводячи її компоненти між охороною здоров'я й соціальними послугами [20]. Міжнародна класифікація організації послуг у сфері реабілітації (ICSO-R) намагається впорядкувати цю фрагментацію на організаційному рівні, описуючи забезпечення, фінансування й безпосереднє надання послуги. Цю фрагментацію відображено на рис. 1, де реабілітаційна послуга подана як міжсекторальне благо, що з'єднує три сектори. Якщо виходити з того, що конститутивна мета реабілітації (відновлення людського капіталу) є наскрізною щодо охорони здоров'я, соціального захисту й політики зайнятості, то стає зрозуміло, чому вона не може бути зведена до жодного окремого сектору. Реабілітацію доцільно позиціонувати не як підрозділ охорони здоров'я, а як міжсекторальну послугу з розвитку людського потенціалу, що інституційно поєднує три сектори, адже саме недооцінка наскрізного характеру реабілітації породжує хронічну проблему координації, коли медичний, соціальний і трудовий компоненти фінансуються та обліковуються окремо. Це дає підстави стверджувати, що розбудова національної системи реабілітації потребує не стільки класифікаційного «приписування» до одного сектору, скільки інституційного механізму координації між секторами.

Описана інституційна архітектура становить організаційну рамку, проте реальний розподіл ресурсів визначається ринковими механізмами, хай і глибоко модифікованими державним втручанням. Ринок реабілітаційних послуг має асиметричну будову, де попит формують одні чинники, а пропозицію й фінансування зовсім інші.



*Рис. 1. Модель міжсекторального позиціонування реабілітаційної послуги у структурі сфери послуг*

*Джерело: розроблено автором*

Світову потребу зумовлюють старіння населення, поширення неінфекційних захворювань і наслідки травм: у 2019 р. 2,41 млрд осіб мали стан, що потребує реабілітації, а провідним із них став біль у попереку, що лідирує у 134 зі 204 країн [4]. В Україні до цих чинників додалися масові бойові травми, що різко змістили структуру попиту в бік фізичної, психологічної та професійної реабілітації. Пропозицію формують державні, комунальні й приватні надавачі, а фінансування побудовано переважно на бюджетно-страховій моделі через Програму медичних гарантій (ПМГ), яку адмініструє Національна служба здоров'я України та в якій розрахунок перейшов від кошторисного утримання до оплати за фактично надану послугу [21]. На цьому ринку діє низка провалів: інформаційна асиметрія (пацієнт не може оцінити якість наперед), позитивні зовнішні ефекти й неспроможність вразливих груп платити, і саме ці провали виправдовують державне втручання, тарифне регулювання та стратегічні закупівлі. Держава фактично виступає моносонічним покупцем, який через диференційований за тяжкістю тариф намагається замінити відсутній ринковий ціновий сигнал. У межах ПМГ на реабілітацію вже спрямовано понад три мільярди гривень, а безоплатний доступ забезпечено в сотнях стаціонарних і



амбулаторних закладів [21]. Проте обсяг фінансування сам по собі не гарантує його оптимальності, і Всесвітня організація охорони здоров'я прямо застерігає, що видатки в Україні недостатньо узгоджені з реальними потребами населення, бо частина станів нижчого пріоритету отримує вагоме фінансування, тоді як групи з вищою функціональною потребою залишаються недостатньо охопленими [22].

Від аналізу ринкової будови логічно перейти до питання про те, чи виправдовує реабілітація вкладені ресурси, тобто чи є вона ефективною інвестицією, а не лише соціально зумовленим видатком. Такий підхід узгоджується із самою логікою інтеграції реабілітації в системи охорони здоров'я, обґрунтованою на рівні ВООЗ [5]. Відновлення працездатності повертає людину до зайнятості, скорочує витрати на тривалий догляд і соціальні виплати та зменшує навантаження на дороге вторинне лікування, а рамка державної політики має закріплювати інвестиційну логіку інституційно [6]. Емпірична база послідовно підтверджує цю тезу: систематичний огляд засвідчив економічну ефективність кардіореабілітації з прийнятними інкрементними показниками витрат на рік життя, скоригований на якість [7]; аналіз доступу до мультидисциплінарної реабілітації після важкого ушкодження мозку виявив значну позитивну економію з відносно швидкою окупністю [8]; а розрахунки заощаджень на догляді після спеціалізованої реабілітації підтвердили її фіскальну доцільність [9]. Методологічні обмеження таких оцінок, однак, не варто оминати: реабілітація надається переважно послідовно (після основного лікування), що утруднює виокремлення її власного ефекту; вона діє в межах складної біопсихосоціальної системи з багатовимірними результатами та породжує здебільшого непрямі вигоди, які потребують суспільної, а не лише системної перспективи оцінювання [10; 11]. Зіставлення вужчого клінічного підходу (QALY, DALY, ICER) із ширшим соціально-економічним (віддача від інвестицій, повернення до праці, фіскальна віддача) показує, що вони не взаємозамінні, а для політики розвитку людського капіталу вирішальним є саме другий, попри його більшу залежність від макроекономічних умов і припущень



[12; 13]. Видається обґрунтованим, що для повоєнної України, де потрібно обґрунтувати масштабне фінансування перед міжнародними донорами, саме соціально-економічний підхід має бути покладений в основу доказової бази.

Український контекст радикалізує всі названі закономірності й перетворює реабілітацію на стратегічний компонент національного відновлення. Ухвалення Закону про реабілітацію у сфері охорони здоров'я запровадило біопсихосоціальну модель Міжнародної класифікації функціонування та нові реабілітаційні професії (фізичний терапевт, ерготерапевт, терапевт мови і мовлення), наблизивши національну систему до стандартів Європейського Союзу й ВООЗ, зокрема до програмних засад ініціативи «Реабілітація 2030» [1; 24]. Попри інституційний поступ, система демонструє суперечливу спроможність. Частка реабілітації в бюджеті Програми медичних гарантій помітно зростає (з 1,2 % у 2020 р. до прогнозних 4 % у 2025 р.), проте ВООЗ/Європа прямо вказує на неоптимальне спрямування коштів [22; 23]. Доступ до реабілітації ускладнюють руйнування інфраструктури, дефіцит кадрів та нерівномірність надання послуг між регіонами [25]. Водночас євроінтеграційна перспектива й повоєнне відновлення відкривають вікно можливостей: сукупну вартість відбудови України оцінено у 524 млрд доларів на наступне десятиліття, і ця відбудова прямо пов'язується з відновленням людського капіталу [26]. Якщо припустити перехід від жорстких фіксованих циклів реабілітації до гнучких моделей оплати, орієнтованих на функціональну потребу пацієнта й безперервність догляду, то інвестиції в реабілітаційний ринок здатні дати високу суспільну віддачу. За таких умов реабілітація перестає бути лише вимушеною реакцією на воєнні втрати й перетворюється на сталий механізм збереження та примноження людського потенціалу країни, що, зрештою, і відповідає її онтологічному статусу мериторного блага з наскрізним суспільним ефектом.

### **Висновки**

Проведений аналіз дає підстави трактувати реабілітаційну послугу як самостійну економічну категорію, а не як похідну від медичної чи соціальної



допомоги. Реабілітація є економічним благом подвійної природи, що постає водночас процесом і результатом, виробляється в режимі спільного виробництва за участю пацієнта й обтяжене позитивними зовнішніми ефектами, унаслідок чого набуває ознак мериторного блага, яке ринок систематично недовиробляє. Саме сукупність цих властивостей, а не адміністративна традиція, пояснює об'єктивну потребу в державному фінансуванні, тарифному регулюванні та стратегічних закупівлях реабілітаційних послуг. Запропонована концепція «тріади послуг відновлення» дозволяє чітко розмежувати реабілітаційну, медичну та соціальну послуги за метою, результатом і способом оцінювання корисності, що створює спільну мову для економістів, клініцистів і управлінців. Зіставлення класифікацій КВЕД, ISIC, CPC та GATS засвідчило структурну фрагментацію реабілітації між охороною здоров'я й соціальним захистом і підтвердило доцільність її позиціонування як міжсекторальної послуги з розвитку людського капіталу, що поєднує медичний, соціальний і трудовий виміри. Узагальнення емпіричних даних показало, що реабілітація є економічно ефективною та фіскально доцільною, хоча її оцінювання ускладнене відкладеністю результату, багатовимірністю ефектів і переважанням непрямих вигід, для врахування яких потрібна суспільна перспектива. Для України, де війна різко збільшила потребу у відновленні функціонування мільйонів людей, ключовим є не лише нарощування видатків, а їх пріоритезація за функціональною потребою та сприйняття реабілітації як інвестиції в людський капітал, що має стати наріжним принципом політики повоєнного відновлення.

### **Список використаних джерел**

1. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я : Закон України від 03.12.2020 № 1053-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20>.
2. Three years of war: rising demand for mental health support, trauma care and rehabilitation. World Health Organization. 2025. URL: <https://www.who.int/europe/news/item/24-02-2025-three-years-of-war-rising-demand-for-mental-health-support-trauma-care-and-rehabilitation>.



3. WHO–Ukraine event on rehabilitation, assistive technology and disability inclusion in conflict. World Health Organization. 2023. URL: <https://www.who.int/europe/news-room/events/item/2023/03/07>.
4. Cieza A., Causey K., Kamenov K., Hanson S. W., Chatterji S., Vos T. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. 2020. Vol. 396, № 10267. P. 2006–2017. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32340-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32340-0).
5. Krug E., Cieza A. Strengthening health systems to provide rehabilitation services. *Bulletin of the World Health Organization*. 2017. Vol. 95, № 3. P. 167. DOI: <https://doi.org/10.2471/BLT.16.187476>.
6. Skempes D., Kiekens C., Malmivaara A., Michail X., Bickenbach J., Stucki G. Supporting government policies to embed and expand rehabilitation in health systems in Europe: a framework for action. *Health Policy*. 2022. Vol. 126, № 3. P. 158–166. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.06.014>.
7. Shields G. E., Wells A., Doherty P., Heagerty A., Buck D., Davies L. M. Cost-effectiveness of cardiac rehabilitation: a systematic review. *Heart*. 2018. Vol. 104, № 17. P. 1403–1410. DOI: <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2017-312809>.
8. Lorenz L. S., Doonan M. Value and cost savings from access to multi-disciplinary rehabilitation services after severe acquired brain injury. *Frontiers in Public Health*. 2021. Vol. 9. Article 753447. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.753447>.
9. Turner-Stokes L., Vanderstay R., Stevermuer T., Simmonds F., Khan F., Eagar K. Estimated life-time savings in the cost of ongoing care following specialist rehabilitation for severe traumatic brain injury in the United Kingdom. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 2019. Vol. 34, № 4. P. 205–214. DOI: <https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000473>.
10. Health economic studies in clinical rehabilitation: a new collection of papers and a discussion of issues involved in research. *Clinical Rehabilitation*. 2025. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41042939>.



11. Economic evaluations of rehabilitation interventions: a scoping review with implications for return to work programs. 2025. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12111396>.
12. Is economic growth enough to propel rehabilitation expenditures? An empirical analysis of country panel data. *BMC Public Health*. 2024. Vol. 24. Article 1107. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18601-y>.
13. Suggesting global insights to local challenges: expanding the financing of rehabilitation services in low- and middle-income countries. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*. 2024. Vol. 5. Article 1305033. DOI: <https://doi.org/10.3389/fresc.2024.1305033>.
14. Moeller S. Characteristics of services: a new approach uncovers their value. *Journal of Services Marketing*. 2010. Vol. 24, № 5. P. 359–368. DOI: <https://doi.org/10.1108/08876041011060468>.
15. Горошко В. І., Гордієнко О. В. Діджиталізація ринку послуг реабілітації, ерготерапії та занять спортом. *Клінічна та профілактична медицина*. 2021. № 1(15). С. 73–82. DOI: [https://doi.org/10.31612/2616-4868.1\(15\).2021.09](https://doi.org/10.31612/2616-4868.1(15).2021.09).
16. Смирнова І. І., Медведєва Т. А., Серьогіна О. В. Дослідження проблем соціального захисту людей з інвалідністю в Україні. *Вісник економічної науки України*. 2020. № 2(39). С. 105–111. DOI: [https://doi.org/10.37405/1729-7206.2020.2\(39\).105-111](https://doi.org/10.37405/1729-7206.2020.2(39).105-111).
17. Поплавська О., Василенко Я. Удосконалення системи соціальної реабілітації осіб з інвалідністю. *Економіка та суспільство*. 2026. № 85. DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2026-85-110>.
18. Дернова І. Світовий ринок послуг: сучасний стан та тенденції розвитку. *Економіка та суспільство*. 2023. № 50. DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2023-50-45>.
19. Класифікація видів економічної діяльності (КВЕД-2010) : клас 86.90 «Інша діяльність у сфері охорони здоров'я». URL: [https://kved.ukrstat.gov.ua/KVED2010/86/KVED10\\_86\\_90.html](https://kved.ukrstat.gov.ua/KVED2010/86/KVED10_86_90.html).



20. World Trade Organization. Services sectoral classification list (W/120) and the central product classification under the GATS. ERSD-2015-11. Geneva, 2015. URL: [https://www.wto.org/english/res\\_e/reser\\_e/ersd201511\\_e.pdf](https://www.wto.org/english/res_e/reser_e/ersd201511_e.pdf).
21. З початку року держава профінансувала послуги з реабілітації на понад три млрд гривень. Кабінет Міністрів України. 2024. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/z-pochatku-roku-derzhava-profinansovala-posluhy-z-reabilitatsii-na-ponad-try-mlrd-hryven>.
22. Rethinking rehabilitation financing in Ukraine: new WHO/Europe and Observatory reports outline the current context. World Health Organization. 2025. URL: <https://www.who.int/europe/news/item/23-10-2025-rethinking-rehabilitation-financing-in-ukraine>.
23. Financing rehabilitation services in Ukraine: a situation assessment and policy options / World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2025. URL: <https://www.who.int/europe/publications>.
24. Rehabilitation 2030: a call for action / World Health Organization. Geneva : WHO, 2017. URL: <https://www.who.int/initiatives/rehabilitation-2030>.
25. Overcoming barriers to accessing rehabilitation in Ukraine amidst conflict. World Health Organization. 2023. URL: <https://www.who.int/europe/news-room/05-04-2023-overcoming-barriers-to-accessing-rehabilitation-in-ukraine-amidst-conflict>.
26. Ukraine – Fourth Rapid Damage and Needs Assessment (RDNA4) / World Bank, Government of Ukraine, European Commission, United Nations. Washington, D.C. : World Bank, 2025. URL: <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2025/02/25/updated-ukraine-recovery-and-reconstruction-needs-assessment-released>.